

Université de Sherbrooke

**Identifier et comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des patients avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des intervenants de première ligne, des orthopédistes et des patients.**

Par  
Jérémie Charest  
Programme de recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté(e) à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada  
Avril, 2019

Membres du jury d'évaluation  
Frédéric Balg, MD, FRCSC, Orthopédiste, Directeur, service d'orthopédie  
Nathaly Gaudreault, pht, Ph.D., Directrice adjointe, Centre de recherche du CHUS  
Christine Loignon, Ph.D., Directrice adjointe, Département de Médecine de Famille  
Yannick Tousignant-Laflamme, Ph.D., évaluateur interne, Programme de physiothérapie  
Émilie Sandman, MD, Orthopédiste, évaluatrice externe, service d'orthopédie, faculté de médecine, université de Montréal

© Jérémie Charest

## SOMMAIRE

**Identifier et comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des patients avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des intervenants de première ligne, des orthopédistes et des patients.**

Par

Jérémie Charest

Programmes de recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Les problèmes musculosquelettiques affectent une grande partie de la population. Cela engendre des coûts importants pour les personnes atteintes et la société. Les douleurs à l'épaule sont l'une des pathologies les plus fréquentes en ce qui concerne les problèmes musculosquelettiques. Plus précisément, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs est la principale cause de douleur à l'épaule. Cependant, cette problématique est très complexe et peut être difficile à traiter par les cliniciens en soins de première ligne, soit les médecins de famille et les physiothérapeutes. Dans le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, malgré toutes les tentatives proposées pour aider les professionnels de santé de première ligne à traiter cette pathologie, elle reste toujours difficile à prendre en charge. Cette étude vise donc à mieux comprendre les facteurs affectant la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs par les professionnels de santé de première ligne. Une recherche qualitative a été réalisée afin de mieux comprendre les facteurs affectant cette prise en charge. Quatre groupes de discussion composés d'acteurs impliqués dans la prise en charge (usager, médecin de famille, physiothérapeute et orthopédiste) ont été réalisés. Ces groupes ont eu lieu dans la région du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Sherbrooke et Granby). Un total de douze usagers et quinze professionnels (médecins de famille, physiothérapeutes et orthopédistes) ont participé aux différents groupes de discussion. Lors des groupes de discussion, des facteurs liés aux usagers et aux professionnels, organisationnels ainsi que contextuels ont été abordés. Il y avait un animateur expérimenté qui assurait la fluidité de la discussion et que tous les thèmes étaient abordés ainsi qu'un deuxième animateur qui s'assurait de l'organisation et de la gestion des groupes de discussion. Il est ressorti des groupes de discussion que l'ensemble de ces facteurs affectent la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs par les professionnels de santé. De plus, le manque de connaissance de la part des médecins de famille, la navigation dans le système de santé et le rôle de chaque acteur qui devrait être redéfini représentent des limites à une bonne prise en charge.

Mots clés : Tendinopathie de la coiffe des rotateur, prise en charge, professionnels de santé de première ligne

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>3</b>
2.1 Généralités .....	3
2.1.1 Cinématique du mouvement et mobilité de l'épaule.....	3
2.1.2 Les structures osseuses.....	4
2.1.3 Structures connexes.....	4
2.1.4 Les articulations .....	6
2.1.5 Les tissus musculaires .....	7
2.1.6 Stabilisation de l'articulation gléno-humérale .....	9
2.1.6.1 La stabilisation statique.....	9
2.1.6.2 La stabilisation dynamique .....	10
2.1.6.3 Impact de la stabilisation dynamique.....	11
2.2 Tendinopathie de la coiffe des rotateurs .....	12
2.2.1 Étiologie.....	12
2.2.2 Facteurs extrinsèques et intrinsèques.....	12
2.2.2.1 Les facteurs extrinsèques .....	13
2.2.2.2 Les facteurs intrinsèques .....	13
2.2.3 Traitement.....	16
2.3 Facteurs affectant la prise en charge en première ligne .....	17
2.3.1 La prise en charge .....	18
2.3.2 Les facteurs liés aux usagers.....	19
2.3.3 Les facteurs liés aux professionnels.....	21
2.3.4 Les facteurs organisationnels .....	22
2.3.5 Les facteurs contextuels .....	23
2.4 Le traitement de la TCR en Estrie.....	23
2.5 Conclusion de la recension des écrits .....	24
<b>CHAPITRE 3 : QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS .....</b>	<b>26</b>
3.1 Question de recherche.....	26
3.2 Objectifs de l'étude .....	26
<b>CHAPITRE 4 : MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>27</b>
4.1 Devis de recherche.....	27
4.2 Population à l'étude et échantillon.....	28

4.2.1 Stratégie de recrutement.....	29
4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
4.3 Méthode de collecte des données.....	31
4.4 Analyse des données .....	33
4.5 Considérations éthiques .....	35
<b>CHAPITRE 5 : LES RÉSULTATS</b> .....	37
5.1 Données sociodémographiques.....	37
5.1.1 Données sociodémographiques et cliniques des usagers .....	37
5.1.2 Données sociodémographiques des professionnels.....	39
5.2 Résultats des groupes de discussion focalisés auprès des usagers.....	40
5.2.1 L'expérience de navigation dans le système de soins santé.....	41
5.2.2 La relation avec les professionnels de la santé.....	44
5.2.3 Le niveau de littératie en santé des usagers .....	47
5.3 Résultats des groupes focalisés avec les professionnels de la santé .....	51
5.3.1 L'organisation du continuum de soins .....	52
5.3.2 La connaissance et la responsabilité partagée de la prise en charge .....	59
5.3.3 Le contexte entourant la prise en charge.....	66
<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION</b> .....	70
6.1 La prise en charge selon les concepts du cadre conceptuel.....	70
6.1.1 Les facteurs liés aux usagers et aux professionnels .....	70
6.1.2 Les facteurs organisationnels et contextuels .....	74
6.2 Les facteurs affectant la prise en charge complémentaire au cadre conceptuel.....	75
6.2.1 Le manque de connaissances des médecins de famille.....	76
6.2.2 L'expérience de navigation dans le système de santé.....	77
6.2.3 La responsabilité des acteurs.....	78
6.3 Forces, limites et utilités de notre recherche.....	81
6.3.1 Les forces de l'étude .....	81
6.3.2 Les limites de l'étude .....	81
6.3.3 Retombées anticipées.....	82
<b>CHAPITRE 7 : CONCLUSION</b> .....	84
<b>LISTE DES RÉFÉRENCES</b> .....	86
<b>ANNEXE 1</b> .....	100
<b>ANNEXE 2</b> .....	102



<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>111</b>
<b>ANNEXE 6.....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE 7.....</b>	<b>115</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Données sociodémographiques des participants lors des groupes de discussion des usagers .....	39
Tableau 2	Données sociodémographiques des participants lors des groupes de discussion des professionnels.....	41
Tableau 3	Résumé des facteurs facilitants et représentants une barrière à la prise en charge selon les usagers.....	52
Tableau 4	Résumé des facteurs facilitants et représentants une barrière à la prise en charge selon les professionnels.....	70

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Anatomie de l'épaule.....	5
Figure 2	Visualisation des muscles de la coiffe des rotateurs.....	8
Figure 3	Cadre conceptuel.....	17

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DEP	Diplôme d'étude professionnelles
GMF	Groupe de médecine de famille
IRM	Imagerie par résonance magnétique
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
TCR	Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

## REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je tiens à remercier mon équipe de direction, soit Frédéric Balg, Nathaly Gaudreault et Christine Loignon. Ils ont su m'orienter dans la bonne direction afin que je puisse produire des travaux de qualité par leur encadrement, leur expérience, leurs conseils et leurs encouragements. Cette équipe de direction a su bien s'adapter aux différentes étapes de ma maîtrise pour n'espérer que le meilleur dans mon cheminement. Je tiens aussi à remercier l'équipe de recherche du service d'orthopédie du CHUS, soit Sonia Bédard et Catherine Raynauld. Leur implication, leur soutien et leur connaissance scientifique m'ont grandement aidé à faire avancer mon projet de recherche et à le mener à terme.

Je remercie également ma famille pour leur soutien dans la poursuite de mes études au deuxième cycle.

Finalement, je remercie les organismes subventionnaires suivants pour les bourses d'études et la subvention à la recherche : Fonds de Recherche du Québec – Santé et le service d'orthopédie du CHUS.

## CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Les lésions reliées au système musculosquelettique méritent une attention particulière, car il s'agit d'un problème très présent dans la population. En effet, elles sont une cause importante des problèmes de santé dans une majorité de pays (Vos et al., 2018). Si l'on considère l'ensemble des troubles musculosquelettiques, 40,5 % sont attribués à une entorse lombaire, 8,1 % à une entorse dorsale et 6,4 % à une tendinopathie à l'épaule (CNESST, 2016). Plus globalement, en ce qui concerne la douleur à l'épaule, elle a une prévalence qui varie entre 6,9 % et 26 % dans la population et serait la troisième raison de consultation clinique (Kooijman et al., 2013; Luime et al., 2004). Les problèmes chroniques de douleur et de perte de fonction de l'épaule engendrent aussi un coût financier énorme à la société. En 2000, aux États-Unis, ces problèmes ont engendré des coûts directs de 7 milliards de dollars (Meislin et al., 2005). Plus précisément, au Québec, les coûts générés par les lésions aux épaules indemnisées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) atteignaient 393 204 738 \$ annuellement pour la période de 2005 à 2007, ce qui en fait la 5<sup>ième</sup> lésion la plus coûteuse. Pour la même période, le temps d'indemnisation moyen des lésions aux épaules était de 150,7 jours (Lebeau et al., 2014). Parmi l'ensemble des pathologies pouvant causer la douleur à l'épaule, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs est considérée comme la principale (Lewis JS, 2009). En effet, un diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs peut être posé dans 85 % des cas d'épaules douloureuses (Ostör et al., 2005). De plus, la rupture de la coiffe des rotateurs (résultat ultime si la tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'est pas bien prise en charge) et le syndrome d'accrochage sont les diagnostics les plus fréquents dans la population et le nombre de consultations résultant à ce type de diagnostics va augmenter avec l'âge, surtout chez les femmes de 50 ans et plus et les hommes de 60 ans et plus (Tekavec et al., 2012).

La documentation scientifique définit le traitement de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs (TCR) en deux étapes, soit le traitement conservateur et le traitement chirurgical (American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), 2010; DynaMed, 2017; Greenberg, 2014). Le traitement conservateur est composé de la prise d'analgésiques, de l'infiltration local (Cortisone), de l'éducation et de la rééducation musculaire (physiothérapie). Par la suite, si le traitement conservateur n'a pas les effets désirés sur la pathologie et qu'elle est

toujours présente trois mois après le début du traitement, le traitement chirurgical peut être envisagé. La réalisation de ces deux types de traitement se fait par différents professionnels. Le chirurgien orthopédiste surspécialisé a pour rôle de diagnostiquer les cas non conservateurs et d'opérer les usagers atteints de la TCR. Le traitement conservateur est réalisé par les ressources de première ligne, soit les médecins de famille et les physiothérapeutes. De plus, le rôle du médecin de famille n'est pas seulement de traiter spécifiquement et uniquement des problèmes d'épaule. Il n'est pas aussi toujours au fait des données scientifiques ou des guides de pratique clinique récents concernant le traitement et la prise en charge, comme peuvent l'être les orthopédistes surspécialisés en pathologies de l'épaule. Alors, Il devient intéressant de les aider à diagnostiquer et à traiter les maladies communes de l'épaule en première ligne, mais surtout la tendinopathie à l'épaule (House & Mooradian, 2010). Pour ce faire, un algorithme de décision a été produit, mais ce dernier n'a pas eu les effets espérés. En effet, il n'y a pas eu d'améliorations concernant la prise en charge des usagers atteints de la TCR. Une des raisons qui expliquent ceci est que l'algorithme n'a pas été développé par tous les acteurs concernés par la prise en charge de la TCR. Donc, il devient nécessaire de bien comprendre le point de vue des différents acteurs impliqués dans le traitement et la prise en charge.

L'objectif de mon projet est d'identifier et de comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des usagers avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrée – CHUS selon la perspective des professionnels de la santé de première ligne, des orthopédistes et des usagers.

## **CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS**

La recension des écrits se divisera en cinq sections. Tout d'abord, l'épaule sera décrite, suivi par la description de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Ceci mènera aux facteurs affectant la prise en charge en première ligne et une mise en contexte estrienne du traitement de la TCR. Finalement, une conclusion de la recension des écrits cloturera ce chapitre.

### **2.1 Généralités**

L'épaule, ou bien le complexe de l'épaule, est l'articulation la plus mobile du corps (Rockwood, 2009). Elle est composée de plusieurs structures osseuses, musculaires et ligamentaires ainsi que de bourses et d'articulations qui facilitent son mouvement. Ces différentes structures sont abordées dans les sections suivantes, mais, dans un premier temps, la cinématique de l'épaule sera expliquée.

#### **2.1.1 Cinématique du mouvement et mobilité de l'épaule (Levangie & Norkin, 2005; Magee, 2008; Neumann, 2010)**

Le mouvement général du corps humain s'observe selon un système d'axes et de plans bien défini dans la documentation scientifique. Les mouvements se classifient selon trois axes et trois plans, soit les axes transverse (l'axe des  $x$ ), longitudinal (l'axe des  $y$ ) et sagittal (l'axe des  $z$ ) et les plans sagittal, transversal et frontal.

La mobilité de l'épaule couvre plusieurs types de mouvements selon les différents axes et plans. Les mouvements possibles à l'épaule sont la flexion/extension, l'abduction/l'adduction et la rotation médiale/latérale. Le mouvement de flexion/extension a lieu selon l'axe transverse et dans le plan sagittal, le mouvement d'abduction/adduction a lieu selon l'axe sagittal et dans le plan frontal et le mouvement de rotation latérale/médiale a lieu selon l'axe longitudinal et dans le plan transversal.



### 2.1.2 Les structures osseuses

L'articulation de l'épaule est composée de plusieurs structures osseuses, soit la clavicule, la scapula et l'humérus. La clavicule a une forme de « s » et sert d'attache pour différents ligaments (costoclaviculaire, conoïde, trapézoïde, etc.) et différents muscles (le trapèze, le deltoïde, le sterno-cléido-mastoïdien, etc.) (DePalma, 1983; Rockwood, 2009). La scapula est un os plat qui sert d'attache à plusieurs muscles (sus-épineux, sous-épineux, petit rond, sous-scapulaire, rhomboïde, etc.) et plusieurs ligaments (coracoclaviculaire, coracoacromiale, acromio-claviculaire, gléno-huméral, coracohuméral, etc.). De plus, elle possède plusieurs surfaces osseuses. L'acromion, qui est suspendu à la scapula par l'épine de la scapula, est une surface importante de cet os (Rockwood, 2009). L'acromion est la structure de la scapula la plus étudiée, car plusieurs pathologies sont causées par la relation entre l'acromion, la tête humérale et l'arche coracoacromiale (l'arche acromio-claviculaire est décrite à la section 2.1.3) (Neer, 1972) comme la tendinopathie et la bursite (Rockwood, 2009). Il y a trois types d'acromion : ils sont classés selon leur forme et les pathologies qui ont été associées à chacun des trois types (Bigliani et al., 1991). L'acromion de type 1 est le plus plat sur sa surface inférieure et est associé à un risque plus faible de syndrome d'accrochage (voir section 2.1.6.3 pour une explication des causes d'accrochage). Le type 2 est recourbé dans sa partie inférieure tandis que le type 3 a une surface atypique et constitue le type d'acromion présentant le plus de chances d'avoir des pathologies sous-acromiales telles qu'une tendinopathie à la coiffe des rotateurs (Banas et al., 1995; Rockwood, 2009).

Finalement, l'humérus est la dernière structure osseuse de l'épaule définie dans cette section. Il est composé d'une tête humérale sphérique, de deux tubérosités (la petite et la grande tubérosité), de la gouttière bicipitale et de la surface articulaire. Ces structures sur la tête humérale permettent l'attachement de muscles et de tendons afin de garder la stabilité de l'articulation gléno-humérale (Rockwood, 2009).

### 2.1.3 Structures connexes

En plus des structures osseuses, d'autres structures de l'articulation de l'épaule facilitent et stabilisent le mouvement. Le labrum glénoïde, les bourses et l'arche coracoacromiale font partie de ces structures. Le labrum glénoïde est une structure tissulaire

qui renforce la surface articulaire de la fosse glénoïde. Il est attaché à la périphérie de la fosse glénoïde (site de réception de la tête humérale sur la scapula) et augmente par le fait même de 50 % la profondeur totale de la fosse glénoïde (Bigliani et al., 1996; Howell & Galinat, 1989). La surface inférieure de la tête humérale est en contact avec seulement une petite partie de la fosse glénoïde et le labrum permet d'avoir une surface de contact plus grande entre la fosse glénoïde et la tête humérale (Cooper et al., 1992; Poppen & Walker, 1978; Steindler, 1955; Walker & Poppen, 1977). De plus, le labrum glénoïde est un site d'attache pour les ligaments gléno-huméraux et le tendon de la longue portion du biceps (Beltran et al., 2002). En ce qui concerne les bourses, elles sont des structures lubrifiées facilitant le mouvement qui sont généralement situées entre les tissus (Rockwood, 2009). Le corps humain comporte plusieurs bourses et certaines des bourses les plus importantes sont situées à l'épaule (Hollinshead, 1982a; Rosse et al., 1997). La bourse sous-acromiale sert à lubrifier les mouvements entre la coiffe des rotateurs, l'acromion et l'articulation acromio-claviculaire. De plus, cette bourse peut être en cause lors de pathologies à l'épaule et occasionne une grande douleur lorsqu'elle est inflammée (Rockwood, 2009). La figure 4 présente les différentes structures de l'épaule ainsi que la bourse sous-acromiale.

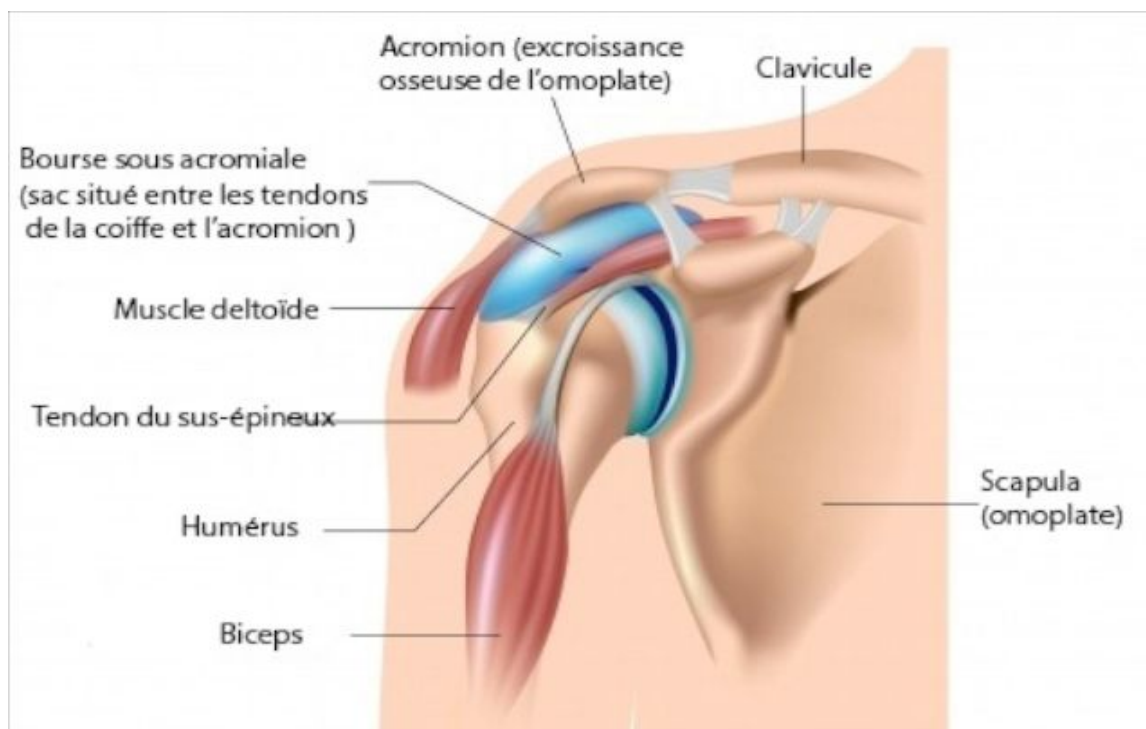


Figure 1 : Anatomie de l'épaule (tiré de Clinique Fontvert, 2018 et reproduit avec la permission de Jean-Luc Gahdoun)

Finalement, l'arche coracoacromiale est formée par l'acromion, le processus coracoïde et le ligament coracoacromial, qui réunit ces deux structures osseuses (Clinique Fontvert, 2018; Levangie & Norkin, 2005; Neumann, 2010; Rockwood, 2009). Elle couvre la tête humérale et forme un espace où se situent la bourse sous-acromiale, les tendons de la coiffe des rotateurs et de la longue portion du biceps ainsi qu'une partie de la capsule supérieure (Levangie & Norkin, 2005; Neumann, 2010). Cet espace est généralement de 10 mm lorsque le bras est en adduction et de 5 mm lors de l'élévation (Holt & Allibone, 1995; Petersson & Redlund-Johnell, 1984). L'arche a plusieurs fonctions et peut aussi être associée à certaines problématiques de l'épaule. En effet, elle protège les structures contre les traumatismes directs et diminue les risques de luxation supérieure de la tête humérale. Par contre, le contact entre la tête humérale et les structures sous l'arche peut causer un accrochage douloureux ou une abrasion des structures (surtout lors de l'élévation et de la rotation interne du bras (Rockwood, 2009). Le sus-épineux, muscle de la coiffe des rotateurs, est relativement affecté par cela, car il passe directement entre la tête humérale et l'arche (Levangie & Norkin, 2005).

#### **2.1.4 Les articulations**

La grande liberté de mouvement de l'épaule est distribuée sur quatre articulations qui contribuent à l'amplitude de mouvement de façon plus ou moins importante. Il s'agit de l'articulation sterno-claviculaire, acromio-claviculaire, scapulo-thoracique et gléno-humérale (Inman et al., 1996).

L'articulation sterno-claviculaire est composée de la partie supérieure du sternum et du côté proximal de la clavicule (Hollinshead, 1982a; Neumann, 2010). Les ligaments présents dans cette articulation assurent la stabilisation de cette dernière. Il s'agit de ligaments tels que le ligament sternoclaviculaire ou bien le ligament capsulaire antérieur et postérieur (Neumann, 2010; Rockwood, 2009). De son côté, l'articulation acromio-claviculaire est la seule articulation entre la clavicule et la scapula et elle implique le côté latéral de la clavicule et l'acromion (Neumann, 2010; Rockwood, 2009). Elle est composée de ligaments tels que les ligaments acromio-claviculaire et coracoclaviculaire, qui contrôlent respectivement la stabilité antéropostérieure et verticale de cette articulation (Neumann, 2010; Rockwood & Green, 2006; Urist, 1963).

L'articulation scapulo-thoracique peut être considérée comme une articulation, mais, dans les faits, elle ne respecte pas les critères d'une articulation. En effet, la scapula et le thorax n'ont pas de contact direct entre eux et ils sont séparés par des muscles. Il s'agit plutôt d'un point de contact entre la face antérieure de l'omoplate et la paroi postéro-latérale du thorax (Neumann, 2010; Williams et al., 1999). La grande liberté de mouvement à l'épaule est due en partie à la mobilité de cette articulation qui implique des mouvements de rotations haute et basse, d'élévation et de dépression, de protraction et de rétraction, de rotations interne et externe ainsi que des mouvements de basculements interne et externe (Levangie & Norkin, 2005; Neumann, 2010). L'interaction entre l'articulation scapulo-thoracique et l'articulation gléno-humérale facilite d'autant plus la mobilité à l'épaule qu'elle augmente la capacité de mouvement de cette dernière. Cette interaction se définit comme le rythme scapulohuméral lors de l'élévation du bras. Une relation d'environ 2 pour 1 entre l'élévation gléno-huméral et la rotation supérieure de la scapula est constatée et augmente par le fait même la capacité d'élévation du bras à l'épaule (Barnes et al., 2001; McClure et al., 2001; Neumann, 2010; Rundquist et al., 2003). Concrètement, la rotation vers le haut de la scapula compte pour environ le tiers des 180 degrés possible de l'abduction et de la flexion à l'épaule (Bagg & Forrest, 1988; Inman et al., 1996; McClure et al., 2004; Meskers et al., 2002; van der Helm & Pronk, 1995).

L'articulation gléno-humérale est composée de la large forme convexe de la tête humérale et de la fosse glénoïde de la scapula en plus des autres structures pouvant y être associées comme le labrum glénoïde, les muscles et les ligaments qui stabilisent l'articulation. Cette articulation est entourée d'une capsule fibreuse isolant l'articulation des autres tissus et son amplitude de mouvement est relativement grande (Neumann, 2010). Les sections suivantes définiront plus en détails certains éléments de l'articulation gléno-humérale.

### **2.1.5 Les tissus musculaires**

Plusieurs muscles sont associés à l'articulation gléno-humérale. Le plus gros et le plus important muscle de cette articulation est le deltoïde, qui est composé de trois sections majeures, soit le deltoïde antérieur, le deltoïde moyen et le deltoïde postérieur (Abbot & Lucas, 1952). La coiffe des rotateurs joue aussi un rôle important à l'épaule. Elle a pour but de stabiliser et de protéger l'articulation, surtout lors de mouvements dynamiques. Elle est

composée des muscles sus-épineux, sous-épineux, du petit rond et du sous-scapulaire (Neumann, 2010; Rockwood, 2009). La figure 5 situe les différents muscles de la coiffe des rotateurs dans l'articulation gléno-humérale.

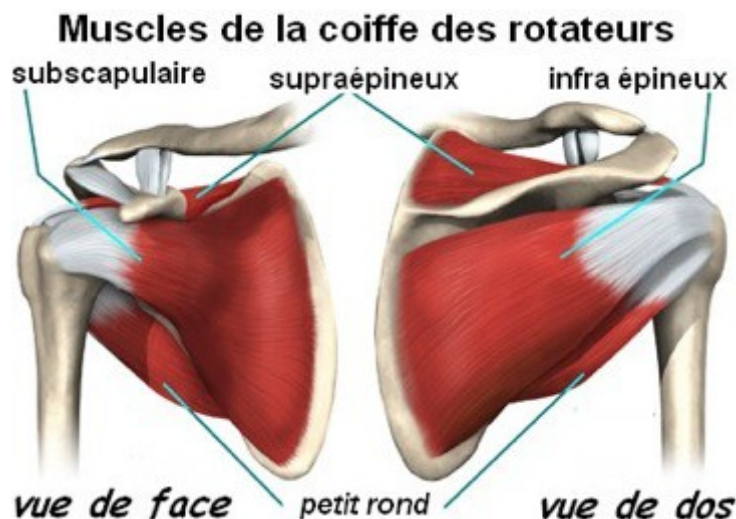


Figure 2 : Visualisation des muscles de la coiffe des rotateurs (Tiré de Lévy, 2018 et reproduit avec la permission de Bruno Lévy)

Le sus-épineux est situé sur la partie supérieure de la scapula. Son origine est la fosse supraépineuse de la scapula et son insertion se situe sur la grande tubérosité de l'humérus. En plus d'agir lors de l'élévation du bras (Howell et al., 1986), ce muscle est très important pour la stabilisation de l'articulation gléno-humérale, car ses fibres circonscrivent la tête humérale et sont orientées vers la glène, ce qui cause la compression de la tête humérale dans la cavité glénoïde (Levangie & Norkin, 2005; Rockwood, 2009). Le tendon du sus-épineux est à risque de se compresser et de s'user, car il se retrouve entouré de la bourse sous-acromiale, sous l'acromion et au-dessus de la tête humérale (Rockwood, 2009).

L'infra-épineux est originaire de la fosse infrapspinale de la scapula et va s'insérer sur la grande tubérosité de l'humérus (Rockwood, 2009). Il est le second muscle le plus actif dans la coiffe des rotateurs et constitue un des deux muscles importants dans la rotation externe de l'humérus en plus d'offrir une force de résistance vers le bas afin de contrer l'effet de cisaillement du deltoïde (glissement supérieur de la tête humérale lors de l'action du deltoïde) (Colachis et al., 1969; Perry, 1988; Rockwood, 2009). Il permet aussi la stabilisation de

l'articulation contre les subluxations postérieures et les subluxations antérieures (Cain et al., 1987; Perry, 1988).

Le petit rond est originaire du milieu du côté latéral de la scapula et du fascia dense de l'infraépineux et s'insère dans la portion inférieure de la grande tubérosité de l'humérus. Il est un important stabilisateur et rotateur externe de l'épaule (Cain et al., 1987; Colachis et al., 1969; Rockwood, 2009). Le sous-scapulaire constitue la partie antérieure de la coiffe des rotateurs. Il est originaire de la fosse sous-scapulaire (face antérieure de la scapula) et s'insère sur la petite tubérosité de l'humérus. Il est considéré comme un stabilisateur passif qui prévient la subluxation antérieure de l'épaule à cause de la grande densité du collagène dans sa partie supérieure (Hinton et al., 1994; Ovesen & Nielsen, 1985; Symeonides, 1972; Turkel et al., 1981). De plus, il a comme action la rotation interne de l'humérus ainsi que la compression et la dépression de la tête humérale (il contre la force de cisaillement causée par le deltoïde et maintient la tête humérale dans la cavité glénoïde) (Inman et al., 1996; Rockwood, 2009).

### **2.1.6 Stabilisation de l'articulation gléno-humérale**

La stabilisation de l'articulation gléno-humérale se fait de deux façons, soit par la stabilisation statique, soit par la stabilisation dynamique.

#### **2.1.6.1 La stabilisation statique**

La stabilisation statique se définit comme telle, car elle a lieu quand le bras est au repos, soit lorsque le bras longe le tronc (Neumann, 2010). La gravité est un facteur important dans la stabilisation statique. En effet, elle provoque une force directement vers le bas qui contre la force vers le haut du deltoïde ou bien du sus-épineux. De plus, cette force vers le bas crée une tension passive dans certaines structures internes de l'épaule (capsule supérieure, ligaments et muscles). Ces différentes structures internes, en réaction à la force vers le bas, vont développer une force qui est légèrement vers le haut et médiale. En combinant les vecteurs de force causés par la gravité et les structures internes, une force résultante dirigée vers le bas et médiale est créée (le vecteur de force vers le bas est supérieur au vecteur de force vers le haut). Ceci compresse donc la tête humérale dans la fosse glénoïde (Harryman et al., 1992; Itoi et al., 1998; Itoi et al., 1993; Levangie & Norkin, 2005; Neumann, 2010; O'Connell et al., 1990; Warner et al., 1992). Les capsules présentent dans

l'articulation de l'épaule ont aussi un rôle à jouer dans la stabilisation statique. En effet, elles ont un joint étanche à l'air qui produit une pression intra-articulaire négative qui contre l'effet de la gravité (Warner et al., 1992). La perte de cette pression intra-articulaire augmente le déplacement de la tête humérale vers le bas (Gibb et al., 1991; Habermeyer et al., 1992). La position de la scapula est aussi à considérer dans la stabilisation statique. Le degré d'inclinaison de la scapula a un impact sur la stabilisation et le poids du bras qui est supporté. De plus, si la scapula est en rotation inférieure trop accentuée, la force de compression appliquée par les facteurs précédents est affectée et une subluxation ou une dislocation inférieure peut avoir lieu (Itoi et al., 1992; Neumann, 2010).

### **2.1.6.2 La stabilisation dynamique**

La stabilisation dynamique de l'articulation de l'épaule se fait par l'intermédiaire des muscles et d'un bon contrôle neuromusculaire. Plus précisément, le deltoïde et la coiffe des rotateurs ont un rôle important dans la stabilisation. Le deltoïde n'agit pas comme stabilisateur en soi, mais offre une force de contact entre les surfaces (la tête humérale et la scapula) en raison de sa grande force et cause aussi un déplacement vers le haut de l'humérus. La force de gravité n'est pas suffisante pour contrer la force vers le haut provoquée par le deltoïde. Alors, s'il n'y a pas d'autres forces pour contrer cela, un accrochage avec l'arche coracoacromiale peut avoir lieu et causera, ultimement, une douleur dans l'espace sous-acromial (Levangie & Norkin, 2005). La coiffe des rotateurs agit de façon significative dans la stabilisation dynamique de l'épaule et aussi pour contrer l'action du deltoïde. Les muscles infraépineux, sous-scapulaires et le petit rond ont une force inférieure et médiale, ce qui contre l'effet du deltoïde. De plus, ils ont une action de compression de la tête humérale dans la cavité glénoïde. Le sus-épineux a une force légèrement vers le haut, mais son action la plus importante est la compression de la tête humérale dans la cavité glénoïde (force médiale). La force médiale qui est déployée par le sus-épineux est supérieure à celle des autres muscles de la coiffe des rotateurs (Levangie & Norkin, 2005). En ce qui concerne le contrôle neuromusculaire, soit le contrôle des mouvements du complexe de l'épaule, il est important que ce dernier soit efficace. Dans un contexte où il serait inadéquat, ceci pourrait résulter à un dysfonctionnement du complexe de l'épaule et un asynchronisme des mouvements causant ainsi un problème articulaire (les articulations ne pourront pas effectuer

leur rôle efficacement) (Cain et al., 1987b; Davies & Dickoff-Hoffman, 1993; Dickoff-Hoffman, 1991; Smith & Brunolli, 1989).

### **2.1.6.3 Impact de la stabilisation dynamique**

La stabilisation dynamique est efficace lorsque la synergie, entre les différents muscles qui ont un rôle à jouer dans la stabilisation, est optimale. Par contre, si cette synergie n'est pas optimale, une accélération des changements dégénératifs peut avoir lieu à l'articulation de l'épaule (Levangie & Norkin, 2005). Le muscle sus-épineux est particulier et il est le plus vulnérable de la coiffe des rotateurs lorsqu'il est question de surcharge, de compression et d'usure à l'épaule à cause de son confinement entre la bourse sous-acromiale, l'acromion et la tête humérale (Pratt, 1994; Rockwood, 2009). Une étude effectuée sur des cadavres de personnes âgées de 77 ans et plus a démontré qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs était présente dans environ 50 % des cas. Par contre, ce pourcentage a été vu à la baisse lors d'une étude plus récente (Grant & Smith, 1948; Neer, 1983). Une compression mécanique ainsi que l'accrochage des tendons de la coiffe des rotateurs et de la bourse sous-acromiale, engendrés par le rétrécissement de l'espace sous-acromial, peuvent être causés par différents facteurs. Premièrement, des facteurs anatomiques peuvent causer ces différents problèmes. En effet, les problèmes anatomiques (des changements de la structure inférieure de l'acromion ou de la pente de l'acromion, le type d'acromion, un ostéophyte à l'articulation acromio-claviculaire, un ligament coracoacromiale plus large ainsi qu'un problème de taille entre la tête humérale et l'espace sous l'arche coracoacromiale) risque de diminuer l'espace sous-acromial et causer des problèmes d'accrochage (Meskers et al., 2002; Zuckerman et al., 1992). Deuxièmement, des mouvements anormaux de l'articulation gléno-humérale peuvent aussi réduire l'espace sous-acromial. Par exemple, une translation supérieure ou bien antérieure accrue de la tête humérale sur la fosse glénoïde rapproche la tête humérale des tendons de la coiffe des rotateurs et peut causer, ultimement, un accrochage (Levangie & Norkin, 2005; Ludewig & Cook, 2000; Ludewig & Cook, 2002; Lukasiewicz et al., 1999). De plus, lors du mouvement d'abduction, il est nécessaire que la tête humérale glisse vers le bas dans la fosse glénoïde afin de limiter le roulement supérieur de la tête humérale et, ainsi, éviter la compression du sus-épineux et de la bourse sous-acromiale (Bigliani et al., 1996; Graichen et al., 1999, 2000; Kelkar & et al., 1992; Ludewig & Cook, 2002; Soslowsky et al., 1992). Finalement, lorsque l'accrochage devient répétitif, cela peut causer de l'inflammation,



de la fibrose et une augmentation de l'épaisseur des tissus mous qui va réduire l'espace sous-acromial (Rockwood, 2009).

## **2.2 Tendinopathie de la coiffe des rotateurs**

### **2.2.1 Étiologie**

Dans la documentation scientifique, la TCR est décrite comme étant un conflit sous-acromial (*subacromiale impingement syndrome*). Elle couvre une large gamme de problématiques à l'épaule telles que le symptôme d'accrochage, la tendinite, la tendinose, la bursite sous-acromiale ainsi que la rupture partielle ou complète de la coiffe des rotateurs (Koester et al., 2005; Maffulli et al., 1998; Rouzier & DeGeorge, 2017; Scott et al., 2015; Seitz et al., 2011; Umer 2012). De plus, selon Neer, la TCR est une pathologie évolutive qui progresse selon trois stades bien distincts (Neer, 1983). Le premier stade est caractérisé par la présence d'œdème et d'une hémorragie de la coiffe des rotateurs et de la bourse sous-acromiale. Le deuxième stade est défini par la chronicité, c'est-à-dire la présence de fibrose et d'une tendinopathie à la coiffe des rotateurs. L'atteinte de ce stade et par le fait même la présence de fibrose et de la TCR va arriver lorsqu'il y a répétitions des mécanismes problématiques (mouvements au dessus de la tête, charges excessives, etc.) et inflammatoires. Donc, le problème va devenir de plus en plus important et chronique. Finalement, le troisième stade est marqué par plus de changements chroniques et il y a la présence d'une rupture partielle ou complète de la coiffe des rotateurs.

### **2.2.2 Facteurs extrinsèques et intrinsèques**

Les facteurs extrinsèques et intrinsèques représentent une série de conditions associées à l'articulation de l'épaule qui augmente la probabilité d'être confronté à une tendinopathie de l'épaule durant sa vie. Les facteurs extrinsèques sont définis comme étant ceux qui causent la compression des tendons de la coiffe des rotateurs par la diminution de l'espace sous-acromiale tandis que les facteurs intrinsèques sont généralement reliés à la dégénération des tendons influençant la morphologie et la performance de ces derniers (Seitz et al., 2011).

### **2.2.2.1 Les facteurs extrinsèques**

Les facteurs extrinsèques qui causent la diminution de l'espace sous-acromiale sont composés des facteurs anatomiques ainsi que des facteurs biomécaniques (voir aussi la section 2.1.7.3). En ce qui concerne les facteurs anatomiques, la forme de l'acromion (type 1, 2 ou 3) peut jouer un rôle. Un acromion de type 3 est plus propice au développement de la tendinopathie dans le temps (Bigliani et al., 1991; Epstein et al., 1993; Gill et al., 2002; Ogawa et al., 2005; Toivonen et al., 1995). L'angle de l'acromion a aussi une influence. Une pente plus plate ou une position horizontale de l'acromion va avoir une incidence sur le conflit sous-acromial, les changements dégénératifs, etc. (Edelson, 1995; Toivonen et al., 1995; Vaz et al., 2000). Finalement, des changements osseux dans l'espace sous-acromiale peuvent aussi influencer l'espace sous-acromiale et ultimement augmenter le frottement des tissus (Nicholson et al., 1996; Ogawa et al., 2005). En ce qui concerne les facteurs biomécaniques, il s'agit de mouvements anormaux de la scapula et de l'humérus qui peuvent causer une diminution, lors du mouvement, de l'espace sous-acromiale et par le fait même, une compression de la coiffe des rotateurs (par exemple, une translation supérieure de la tête humérale ou un mouvement de la scapula qui abaisse l'acromion) (Deutsch et al., 1996; Hallström & Kärrholm, 2006; Keener et al., 2009; Ludewig & Cook, 2000; Ludewig & Cook, 2002; Paletta et al., 1997; Royer et al., 2009). De plus, les mouvements anormaux de la scapula et de l'humérus peuvent être influencés par une posture anormale, un déficit musculaire et une tension dans les tissus mous (Seitz et al., 2011). Selon plusieurs études, des anormalités de mouvements de la scapula ont été constatées chez les individus avec une tendinopathie, comparativement aux individus dits sains (Endo et al., 2001; Hebert et al., 2002; Ludewig & Cook, 2000; Lukasiewicz et al., 1999; McClure et al., 2006; Warner et al., 1992). Par contre, malgré l'influence que peuvent avoir les facteurs extrinsèques sur l'évolution de la TCR, ils ne semblent pas suffisants à eux seuls pour développer cette pathologie. En effet, une combinaison des facteurs extrinsèques et intrinsèques augmenterait de façon significative les chances de développer une tendinopathie (Soslowsky et al., 2002).

### **2.2.2.2 Les facteurs intrinsèques**

Les facteurs intrinsèques, caractérisés par la dégénération des tendons, sont le résultat d'une série d'altérations qui affecte la structure du tendon. La surutilisation, la surcharge ou bien un trauma sont des facteurs pouvant amorcer la dégradation du tendon et enclencher

plusieurs autres facteurs intrinsèques (Almekinders et al., 2003; Factor & Dale, 2014; Lewis, 2009; Maffulli et al., 2011; Michener et al., 2003). De plus, la dégénération des tendons est aussi affectée par une altération biologique, l'infiltration de gras, un problème vasculaire, le vieillissement, etc. (Bey et al., 2002; Biberthaler et al., 2003; Factor & Dale, 2014; Fukuda et al., 1990; Hashimoto et al., 2003; Kumagai et al., 1994; Lewis, 2009; Malliaras et al., 2010; Milgrom et al., 1995; Riley et al., 1994a, 1994b; Rudzki et al., 2008; Seitz et al., 2011; Tempelhof et al., 1999).

La matrice extracellulaire du tendon est faite de collagène, d'élastine et de substances fondamentales. L'élastine, qui assure la flexibilité et les propriétés élastiques du tendon, représente de 1 à 2 % du poids du tendon tandis que les substances fondamentales sont composées de 60 à 80 % d'eau, de protéoglycanes et de glycoprotéines (Abate et al., 2009). En ce qui concerne le collagène, il est la principale matrice et la principale protéine structurale assurant la force et la capacité de résister à de grandes charges du tendon (Abate et al., 2009; Riley et al., 1994b). Deux types de collagènes sont principalement présents dans les tendons : le collagène de type 1 et le collagène de type 3, et leur proportion varie selon la condition dans laquelle se trouve le tissu (Abate et al., 2009; Mays et al., 1988). En effet, les tendons sont généralement composés de collagène de type 1, mais à la suite d'une blessure, une proportion plus grande de collagène de type 3 est constatée, comme lors de la TCR. Toutefois, cette quantité de collagène de type 3 reste bien inférieure à la quantité de collagène de type 1 pouvant être présente à la suite de la blessure (Abate et al., 2009; Kumagai et al., 1994; Pauly et al., 2010; Riley et al., 1994b; Takahashi et al., 2002; Tomonaga et al., 2000; Williams et al., 1984; Yokota et al., 2005). Le collagène de type 3 est distribué dans toute la matrice du tendon et sa présence est considérée comme pathologique. Ce type de collagène cause des fibres ayant des maillages aléatoires et nuit à l'intégrité structurale du tendon. Il réduit l'habileté du tendon à résister à des forces de tensions, ce qui peut causer une rupture de ce dernier avec une charge considérée comme normale. De plus, dans les tissus endommagés lors de la TCR, les fibres de collagènes peuvent être irrégulières, désorientées, divisées, désintégrées ou présenter une angulation et une variation du diamètre (Hashimoto et al., 2003; Kannus & Józsa, 1991; Lewis, 2009; Riley et al., 1994b).

Dans les tendons déchirés, la présence de cellules lipidiques a été constatée. L'infiltration de ce type de cellules a été remarquée dans le collagène et il a été prouvé qu'elle cause une discontinuité des fibres de collagène des tendons blessés, occasionnant ainsi un dysfonctionnement musculaire (Abate et al., 2009; Goutallier et al., 1995; Hashimoto et al., 2003; Maffulli et al., 2011). Donc, l'infiltration de cellules lipidiques peut influencer la fonction de la coiffe des rotateurs et une intervention chirurgicale (la réparation de la coiffe des rotateurs) peut prévenir l'accumulation de gras futurs. Cependant, cela n'a pas d'effet sur le gras déjà présent (Gladstone et al., 2007; Maffulli et al., 2011).

Des changements dans la vascularisation des muscles ou bien des tendons de l'épaule sont constatés lors de certains mouvements ou bien dans le cas de pathologies. En effet, dans la TCR, une néovascularisation (prolifération de vaisseaux sanguins) a été observée dans la région traumatique présentant une légère lésion ou bien des changements dégénératifs (Abate et al., 2009; Factor & Dale, 2014; Fukuda et al., 1990; Gisslén & Alfredson, 2005; Goodmurphy et al., 2003; Hashimoto et al., 2003; Kumagai et al., 1994; Levy et al., 2008; Rathbun & Macnab, 1970). Plus précisément, Levy et al. (2008) ont démontré que lors d'une TCR aiguë, les patients présentaient une hypovascularisation dans le tendon du sus-épineux comparativement aux patients sans TCR. Cependant, dans le cas d'une TCR chronique, une hypervascularisation a été constatée près de la région traumatique (Biberthaler et al., 2003; Brooks et al., 1992; Factor & Dale, 2014; Levy et al., 2008; Rathbun & Macnab, 1970). Cette hypervascularisation est considérée comme un processus de guérison et de réparation (Factor & Dale, 2014; Levy et al., 2008; Refior et al., 1987). De plus, certaines études ont démontré que l'hypovascularisation était remarquée sur le côté articulaire et non sur le côté de la bourse du sus-épineux (Factor & Dale, 2014; Lohr & Uhthoff, 1990; Rudzki et al., 2008).

Plusieurs autres mécanismes reliés aux facteurs intrinsèques sont mentionnés dans la documentation scientifique. Le vieillissement est considéré comme l'un d'entre eux. En vieillissant, les propriétés du tendon sont touchées négativement et des processus tels que la calcification, la dégénération, la diminution de l'élasticité des tendons, la diminution de la circulation sanguine, l'hypoxie locale, et autres peuvent se produire (Abate et al., 2009; Dalal et al., 2009; Factor & Dale, 2014; Iannotti et al., 1991; Kettunen et al., 2006; Kumagai et al., 1994; Langberg et al., 2001; Sher et al., 1995). De plus, la prévalence d'une déchirure de la

coiffe des rotateurs augmente avec l'âge (Burkhart et al., 1993; Maffulli et al., 2011). La présence de cellules inflammatoires dans la TCR a déjà été mentionnée dans la documentation scientifique, mais le rôle de l'inflammation n'est pas clair. En effet, certains auteurs mentionnent qu'aucune présence de cellules associées à l'inflammation n'a été constatée dans la TCR (Fukuda et al., 1990; Lewis, 2009; Sarkar & Uthoff, 1983).

### **2.2.3 Traitement**

L'information concernant le traitement de la tendinopathie de l'épaule est basée sur un guide clinique de l'Association américaine des chirurgiens orthopédiques, Greenberg (2014) et l'outil de référence clinique Dynamed (American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), 2010; DynaMed, 2017; Greenberg, 2014).

Le but du traitement de la tendinopathie de l'épaule est d'éliminer ou de réduire la douleur, de redonner une capacité de mouvement à l'utilisateur, de renforcer les muscles, d'améliorer la biomécanique ainsi que, ultimement, de faire en sorte que l'utilisateur retourne à ses activités quotidiennes (travail, loisirs, sports, tâches domestiques, etc.). Ce traitement se fait en plusieurs étapes qui se divisent en deux grandes catégories : le traitement conservateur et le traitement chirurgical. De plus, ces deux catégories de traitement sont réalisées par des professionnels différents.

Dans un premier temps, les utilisateurs doivent être traités de façon conservatrice avant d'être dirigés vers un médecin pour un traitement chirurgical. Le traitement conservateur est une série d'éléments que doit faire l'utilisateur afin de guérir sa pathologie. Il s'agit de traitements tels que la limitation des mouvements au-dessus de la tête et des mouvements causant de la douleur, l'application de glace au site de la douleur, la prise d'analgésique, l'infiltration locale de corticostéroïde, l'éducation et la rééducation musculaire (physiothérapie). Il est généralement fait par les ressources de première ligne, comme les médecins de famille et les physiothérapeutes. Le traitement conservateur n'est qu'une partie de la tâche des médecins de famille dans la prise en charge de l'utilisateur ayant une TCR. Le médecin doit, dans un premier temps, faire l'évaluation clinique de l'utilisateur, définir le diagnostic et par la suite, procéder au traitement conservateur. Il doit réévaluer l'effet du traitement, reconnaître le moment pour ajuster l'analgésie (systémique ou locale), et déterminer quand référer en

physiothérapie pour la rééducation musculaire ou pour référer en orthopédie pour une évaluation chirurgicale. De plus, la complexité de la TCR, la grande variabilité de la tâche (le généraliste ne traite pas seulement des problèmes d'épaules) et le fait que le médecin de famille ne soit pas toujours au fait des évidences récentes sur le traitement, comme peuvent l'être les orthopédistes surspécialisés à l'épaule, rend le processus de prise en charge du médecin de famille très difficile pour cette pathologie. De son côté, le physiothérapeute va réaliser la rééducation musculaire avec l'usager. Il va évaluer l'état de l'usager, fournir des exercices et s'adapter aux conditions de ce dernier afin de fournir une rééducation adaptée.

Dans un second temps, si le traitement conservateur a été effectué, si la TCR est toujours présente trois mois après le début de l'étape conservatrice et si l'usager a suivi toutes les étapes de l'algorithme pour une TCR (voir annexe 3 pour visualiser l'algorithme et la suite logique des traitements), le traitement chirurgical peut être envisagé et ce dernier sera suivi d'une rééducation musculaire (exercice d'amplitude articulaire et de renforcement musculaire) (Hultenheim et al., 2008). L'étape chirurgicale est faite par les chirurgiens orthopédistes qui vont évaluer si l'usager doit se faire opérer ou bien continuer les traitements conservateurs.

### **2.3 Facteurs affectant la prise en charge en première ligne**

Dans la documentation scientifique, plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur la prise en charge des usagers. Un cadre conceptuel adapté des travaux de Roy et al. (s.d.), de Borgès Da Silva (2010) et de Chaudoir et al. (2013) a été choisi pour guider cette recension. Les facteurs présents dans le cadre et la structure de ce dernier ont été élaborés par les auteurs précédents. Cependant, les concepts présents dans chacun des facteurs ont été ajustés à notre contexte. Ils ont été recherchés dans la littérature afin de bien définir ce qui peut affecter la prise en charge dans notre situation. Notons que ce cadre dans cette étude oriente à la fois la collecte et les analyses de données. Ce cadre représente bien les facteurs importants qui peuvent affecter la prise en charge (Figure 6) (Borgès Da Silva, 2010; Chaudoir et al., 2013; Roy et al., s. d.). Mais en premier lieu, il est pertinent de définir ce qui est considéré comme une prise en charge optimale. Par la suite, les facteurs liés à la clientèle et aux professionnels seront décrits, ainsi que certains facteurs contextuels et organisationnels.

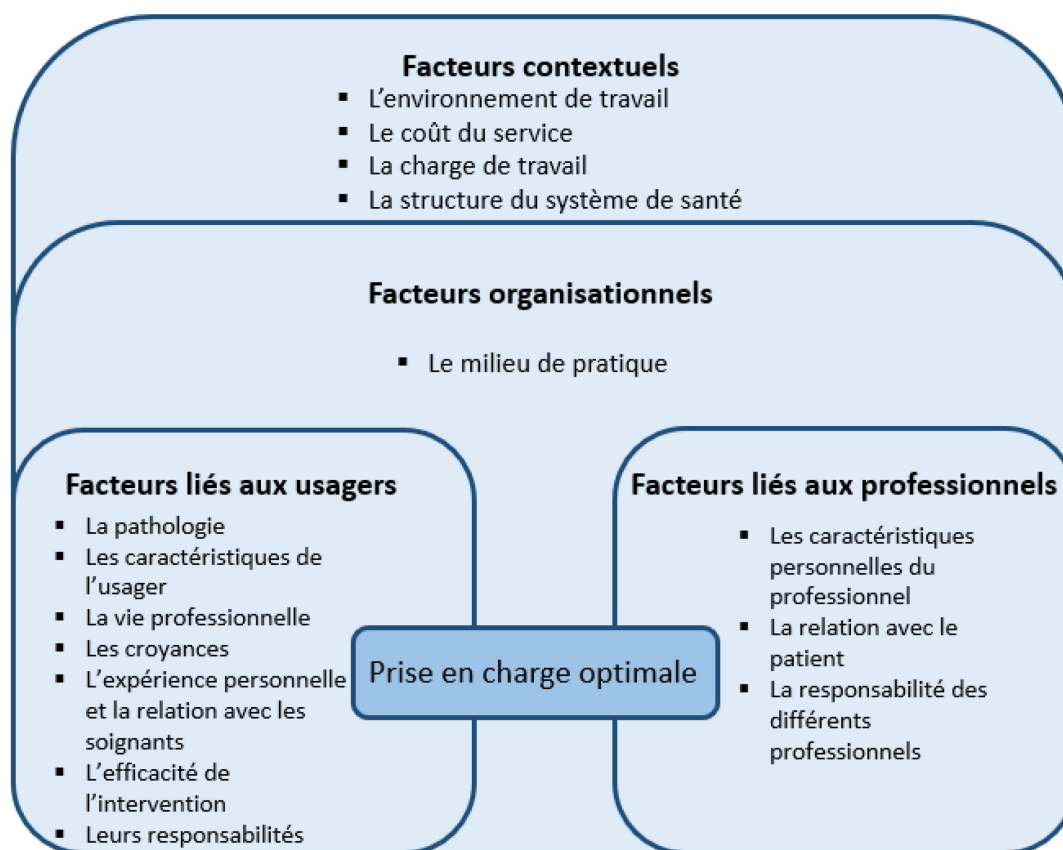


Figure 3. Cadre conceptuel

### 2.3.1 La prise en charge

La prise en charge de première ligne est définie, dans le cadre de cette recherche, comme celle effectuée par un médecin de famille. Elle inclut l'évaluation clinique, le diagnostic et la réalisation d'un traitement conservateur, avant de transférer l'utilisateur en deuxième ligne, soit en orthopédie. Donc, notre définition de la prise en charge est basée principalement sur les guides cliniques (DynaMed, 2017). Considérant que la prise en charge optimale d'un utilisateur présentant une tendinopathie de l'épaule par les médecins de famille est grandement variable, car chaque patient réagit différemment aux traitements, la détermination de ce qui est considéré comme une prise en charge optimale est plus facile à définir à partir des soins de deuxième ligne. Dans le contexte géographique de cette étude et en accord avec les chirurgiens orthopédistes du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS), il a été défini qu'un utilisateur a été pris en charge de façon optimale si, à

la suite des traitements prodigués par son médecin de famille, l'utilisateur a eu une résolution de ses symptômes ne nécessitant pas de consultation en 2<sup>e</sup> ligne ou s'il a été référé en orthopédie et que l'utilisateur s'est vu proposer une chirurgie pour ce problème en raison d'un échec du traitement de base, et ce, dans un délai maximum de trois rencontres (généralement de 4 à 6 mois) avec le chirurgien orthopédiste. Ce délai de trois rencontres avec l'orthopédiste représente la période d'optimisation du traitement conservateur jusqu'à la confirmation de l'échec de celui-ci. Si la condition de l'utilisateur s'améliore sans qu'il ait recours au traitement chirurgical, nous considérons que l'évaluation en chirurgie orthopédique n'était pas nécessaire.

### **2.3.2 Les facteurs liés aux usagers**

Dans la documentation scientifique, plusieurs concepts affectant la qualité de la prise en charge peuvent être définis à partir de différentes perceptions des usagers. Il est possible de regrouper ces perceptions sous différents concepts, comme la pathologie, les caractéristiques des usagers, la vie professionnelle, les croyances, l'expérience personnelle et la relation avec les soignants ainsi que l'efficacité de l'intervention.

La pathologie peut avoir un impact sur l'implication de l'utilisateur dans la prise en charge. En effet, l'intensité et la complexité de la nature douloureuse des problèmes à l'épaule surprennent les usagers qui voient leur santé directement affectée (Gillespie et al., 2017; Minns Lowe et al., 2014; Nyman et al., 2012). Une blessure à l'épaule peut ébranler l'utilisateur dans plusieurs aspects de sa vie. Il peut y avoir une diminution des fonctions dans les activités quotidiennes, au travail, dans les sports et dans les loisirs, amenant ainsi des impacts émotionnels, financiers et professionnels importants (Gillespie et al., 2017; Minns Lowe et al., 2014). Les usagers ne sont pas préparés au fait que des problèmes psychologiques puissent être causés par ce type de pathologie (ils peuvent douter du fait que le problème est réel, car il n'est pas visible) (Nyman et al., 2012). Donc, considérant l'ensemble des éléments précédents, les usagers ne sont pas dans un état optimal pour faire face à la prise en charge. Ils se sentiront plus en contrôle de la situation et seront satisfaits si des informations pertinentes et une explication de leur douleur sont fournies par leur médecin de famille (Casserley-Feeney et al., 2008; Cooper et al., 2008; Hills & Kitchen, 2007; Hush et al., 2011; MacDonald et al., 2002; May, 2001; Nyman et al., 2012).



Les caractéristiques des usagers vont avoir une influence marquée sur la prise en charge. En effet, les spécificités de chacun des usagers rencontrés par le professionnel de première ligne (médecin de famille et physiothérapeute) vont influencer ces professionnels dans le choix de la prise en charge qu'ils considèrent optimale pour ce dernier (Eisenberg, 2002; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Pineault et al., 2017). Des caractéristiques telles que la classe sociale, l'âge, le sexe, le revenu, l'apparence physique et l'ethnie de l'utilisateur ont été définies dans la documentation comme des facteurs influençant la prise en charge de l'utilisateur par son médecin de famille (Eisenberg, 2002; Pineault et al., 2017). L'état physique et psychologique de l'utilisateur, ses attentes, sa culture, sa façon de résoudre les problèmes et leurs spécificités (besoin d'un suivi plus rigoureux, d'une motivation supplémentaire ou bien que le physiothérapeute soit plus actif dans le traitement, etc.) sont définis comme des caractéristiques de l'utilisateur influençant la prise en charge par le physiothérapeute (Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015).

La vie professionnelle des usagers joue aussi un rôle dans la prise en charge. Il est important que l'intervention n'entre pas en conflit avec leur horaire et que le problème soit réglé rapidement (Nyman et al., 2012). De plus, la satisfaction du travailleur au sujet de la rencontre avec le médecin de famille est influencée selon la situation professionnelle de l'utilisateur (Kontopantelis et al., 2010). En effet, un utilisateur qui a un travail à temps plein est souvent moins satisfait et a une expérience plus négative de sa rencontre avec le médecin de famille<sup>31</sup>. Un utilisateur qui a un travail à temps partiel a plus de temps libre et de flexibilité pour rencontrer le médecin de famille, ce qui pourrait améliorer la satisfaction (Kontopantelis et al., 2010).

La prise en charge sera influencée par les croyances des usagers. Les usagers souhaitent et pensent pouvoir régler tous leurs problèmes en une seule visite (Browne et al., 2010; Nyman et al., 2012). Ils pourraient être tentés de penser qu'un diagnostic suivi d'un traitement réglerait le problème, mais ils sont souvent surpris du temps que le traitement peut prendre (Nyman et al., 2012). De plus, l'attitude et les croyances des usagers influenceront la perception de la douleur ainsi que la réponse et la satisfaction aux traitements (Gillespie et al., 2017; Hush et al., 2011; Nijs et al., s. d.). Des croyances négatives, développées, entre autres, par des causes et des conséquences indistinctes de la blessure (Reme et al., 2009), auront des effets

néfastes sur la confiance et la problématique de l'utilisateur (Foster et al., 2010; Nijs et al., s. d.). Donc, les croyances des usagers peuvent influencer leur attitude envers la prise en charge de différentes façons.

Les expériences antérieures de l'utilisateur et la relation avec le soignant influencent la qualité de la prise en charge. Les maladies et les expériences passées influencent l'attitude des usagers en ce qui a trait à la situation et à leur rôle (Nyman et al., 2012). En ce qui concerne la relation avec le soignant, la participation de l'utilisateur dans le processus augmente son adhérence au traitement. De plus, un soignant avec de bonnes connaissances, de bonnes qualités de communicateur et en qui les usagers peuvent avoir confiance est souhaité. Cela rend les usagers plus confortables et augmente le succès du traitement et la vitesse de résolution du problème (Brown et al., 2015; Kim et al., 2017; Nyman et al., 2012).

L'efficacité de l'intervention ou du traitement fourni par les médecins de famille aura un impact sur la participation de l'utilisateur dans sa prise en charge. En effet, un traitement plus efficace augmentera la satisfaction de l'utilisateur et, par le fait même, influencera l'intention de l'utilisateur à revenir voir son médecin (Kim et al., 2017). De plus, les procédures de service, la performance du médecin et des autres experts, les installations et l'environnement sont d'autres facteurs qui influenceront la satisfaction de l'utilisateur et l'intention de revoir son médecin (Abramowitz et al., 1987; Cleary & McNeil, 1988; Doering, 1983; Kim et al., 2017).

### **2.3.3 Les facteurs liés aux professionnels**

Les professionnels de première ligne généralement concernés par la prise en charge des usagers atteints d'une tendinopathie à l'épaule sont les médecins de famille et les physiothérapeutes. Bien que les actes effectués au cours du traitement des usagers soient différents, il est possible, selon la documentation scientifique (Borgès Da Silva, 2010; Da Silva & Pineault, 2012; Eisenberg, 2002; Freeman & Sweeney, 2001; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Pineault et al., 2017; Tracy et al., 2003), de définir des concepts similaires pouvant influencer la prise en charge optimale par les professionnels des deux disciplines. En effet, les caractéristiques personnelles du professionnel, le milieu de pratique et la relation avec les usagers sont tous des concepts partagés par les deux disciplines.

Les caractéristiques personnelles du professionnel peuvent influencer la prise en charge optimale de l'utilisateur. En effet, le champ d'expertise, l'âge, le sexe et l'expérience influenceront la pratique du médecin de famille (Eisenberg, 2002; Pineault et al., 2017). Du côté des physiothérapeutes, l'éducation (la spécialisation, les cours suivis et les connaissances sur les traitements), l'expérience, les valeurs, les compétences et la personnalité affecteront leur pratique (Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015).

La relation avec les usagers est un concept important qui a une grande influence sur la prise en charge autant pour le médecin de famille que pour le physiothérapeute (Freeman & Sweeney, 2001; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Tracy et al., 2003). En effet, des facteurs tels que la communication et la négociation avec les usagers sur le traitement à adopter modifieront la prise en charge du physiothérapeute (Holdar et al., 2013). En ce qui concerne le médecin de famille, le temps disponible et la relation avec les usagers agiront sur la conduite et la mise en œuvre du traitement (Freeman & Sweeney, 2001; Holdar et al., 2013; Tracy et al., 2003).

Il y a un autre type de professionnel qu'il serait important, selon nous, d'inclure dans cette catégorie, soit les chirurgiens orthopédistes. En effet, il est pertinent de les associer aux éléments affectant la prise en charge optimale, car c'est à partir d'eux que la prise en charge optimale a été définie. De plus, les orthopédistes font partie de l'équipe de soins pour la clientèle visée. Par contre, aucune documentation n'est disponible au sujet de l'influence qu'ont les orthopédistes sur la prise en charge optimale en première ligne.

#### **2.3.4 Les facteurs organisationnels**

Le milieu de pratique a aussi un impact sur la prise en charge. Du côté des médecins de famille, le type d'organisations de soins et services dans lesquelles ils pratiquent, comme la clinique en cabinet, la clinique privée (où le patient paie pour les services), les groupes de médecine de famille (GMF), le CLSC ou le milieu hospitalier, influenceront la prise en charge (Borgès Da Silva, 2010; Da Silva & Pineault, 2012; Eisenberg, 2002). Par exemple, les médecins de famille qui pratiquent aux urgences voient plus d'utilisateurs et cela affecte la prise en charge (Borgès Da Silva, 2010). Pour les physiothérapeutes, l'organisation dans laquelle ils évolueront aura aussi un impact sur le service qu'ils fourniront (par exemple,

dans le travail en milieu hospitalier, les délais pour une première consultation, le temps alloué par consultation et les ressources financières sont des facteurs qui peuvent affecter la prise en charge) (Holdar et al., 2013).

### **2.3.5 Les facteurs contextuels**

Certains concepts tels que l'environnement de travail et la charge de travail peuvent affecter la prise en charge des médecins de famille (Borgès Da Silva, 2010). L'environnement de travail (milieu rural, semi-urbain, urbain et métropolitain) va influencer le mode d'exercice (cabinet privé, CLSC, CHSLD, etc.) (Borgès Da Silva, 2010) et par le fait même la prise en charge de l'utilisateur. La charge de travail, souvent associée au nombre d'utilisateurs vus par le médecin de famille, a aussi un impact sur la prise en charge, car plus le médecin voit d'utilisateurs, moins il est en mesure d'assurer la continuité des soins avec ses utilisateurs dans le temps (Borgès Da Silva, 2010). Le coût du service offert, soit de payer pour le traitement, constitue un autre facteur contextuel (Hopayian & Notley, 2014; Palenius & Nyman, 2015). Le fait de payer pour une consultation en physiothérapie a généralement un engagement plus grand dans le processus de traitement pour sa problématique. De plus, l'utilisateur est plus motivé, plus consciencieux et plus enclin à suivre les recommandations du physiothérapeute et à faire ses exercices par lui-même (Palenius & Nyman, 2015). Toutefois, le fait de payer pour ce service reste un aspect important d'insatisfaction de la part des utilisateurs dans le secteur privé (Hopayian & Notley, 2014).

## **2.4 Le traitement de la TCR en Estrie**

Dans la région de l'Estrie, la prise en charge du traitement conservateur par les ressources de première ligne n'est pas toujours adéquate. En effet, avant la période 2012-2013, le pourcentage d'utilisateurs qui ont consulté en orthopédie et qui avaient reçu une prise en charge optimale de la TCR par les professionnels de santé de première ligne était de 49,2 % (Charest, 2016). De plus, dans cette même période, un problème d'accès au service orthopédique était présent. Pour l'année 2012-2013, il y a eu un maximum de 5474 utilisateurs sur la liste d'attente pour rencontrer un orthopédiste du CHUS (Fisette, 2015). Donc, dans l'optique qu'une réduction du nombre de consultations chez les surspécialistes permettrait aussi une diminution du nombre d'utilisateurs sur la liste d'attente et dans le but d'améliorer la

prise en charge des usagers par les ressources de première ligne, des algorithmes cliniques de prise en charge ont été créés et mis à la disposition des médecins de famille (Fisette, 2015) (voir l'annexe 3 pour la présentation de l'algorithme concernant la TCR). L'Agence de santé et service sociaux de l'Estrie (ancien nom du CIUSSS Estrie CHUS) avait aussi fait une demande il y a quelques années pour trouver une solution au problème d'attente des usagers aux prises avec un problème nécessitant une consultation en orthopédie. Ces algorithmes de prise en charge sont spécifiques à chaque pathologie du système musculosquelettique et ils ont été créés avec l'aide de la directrice de l'Agence de santé et services sociaux de l'Estrie, du chef de service d'orthopédie du CHUS et du responsable de l'Association des médecins de famille de l'Estrie. En ce qui concerne les algorithmes spécifiques à la TCR, il s'agit d'une série logique d'actions (radiographie, tests cliniques, analgésie, référence en physiothérapie, infiltration, etc.) que doit exécuter le médecin de famille une fois le diagnostic posé avant de diriger l'utilisateur vers l'orthopédiste (Fisette, 2015) (annexe 3). L'objectif de ces algorithmes était de diminuer le temps d'attente des usagers pour rencontrer le chirurgien orthopédiste en diminuant le nombre de références considérées non nécessaires en raison d'un traitement sous-optimal. Par contre, il a été constaté que les algorithmes pour les tendinopathies de l'épaule (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, rupture de la coiffe des rotateurs, tendinopathie de la longue portion du biceps, déchirure de la longue portion du biceps) n'ont pas atteint l'objectif voulu. Le pourcentage d'utilisateurs ayant eu une prise en charge optimale avant l'application de l'algorithme était de 49,2 %, comparativement à 41,5 % après son application (Charest, 2016). Une raison qui pourrait expliquer pourquoi l'algorithme n'a pas eu les effets désirés, est qu'ils n'ont pas consulté l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la TCR. En effet, le développement des algorithmes n'a pas inclus des usagers, des physiothérapeutes ni des médecins de famille ayant une expérience variée dans la prise en charge de la TCR lors du processus de création. Donc, malgré tous les efforts mis dans la création des algorithmes afin d'améliorer la prise en charge par les soins de première ligne, ils n'ont pas atteint l'objectif voulu.

## **2.5 Conclusion de la recension des écrits**

La TCR est une pathologie très fréquente dans la population qui mérite qu'on lui accorde de l'importance. Elle nécessite un traitement efficace, mais surtout une prise en

charge au bon moment si l'on ne veut pas que cette problématique évolutive dégénère. La documentation scientifique rapporte que plusieurs facteurs associés aux usagers, aux professionnels, à l'organisation des services et au contexte peuvent influencer la prise en charge d'un usager. L'algorithme constituait un moyen pour améliorer la prise en charge des professionnels de la santé de première ligne (médecins de famille et physiothérapeutes) avant de recourir à une consultation en orthopédie, mais une analyse de son efficacité a démontré qu'il n'a pas apporté les effets escomptés (Charest, 2016; Fisette, 2015). De plus, préalablement à son implantation, l'algorithme n'a fait l'objet d'aucune discussion impliquant l'ensemble des acteurs de notre région (les médecins de famille, les usagers, les orthopédistes et les physiothérapeutes directement) afin de recueillir leurs opinions et leurs expériences concernant la prise en charge pour les problèmes de tendinopathie à l'épaule. Alors, nous ne savons pas quelle est la prise en charge réellement effectuée par ces différents acteurs lors d'une tendinopathie de l'épaule et ceci explique peut-être pourquoi l'algorithme n'a pas donné les résultats escomptés. Il incombe donc de comprendre la vision et le sens que donnent ces professionnels de la santé et les usagers aux problèmes de tendinopathie à l'épaule, mais aussi d'explorer l'ensemble des éléments qui pourraient aider à comprendre ce qui affecte la prise en charge optimale, toujours selon leur point de vue.

## **CHAPITRE 3 : QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS**

### **3.1 Question de recherche**

À partir de ce contexte et en suivant cette logique, il devient intéressant d'identifier et de comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des usagers avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des professionnels de la santé de première ligne, des orthopédistes et des usagers.

### **3.2 Objectifs de l'étude**

1. Déterminer les facteurs qui affectent la prise en charge optimale selon les patients, les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes.
2. Comprendre l'expérience de la prise en charge de la tendinopathie de l'épaule chez les usagers, les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes.

## CHAPITRE 4 : MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode de recherche choisie pour répondre à l'objectif. Tout d'abord le devis est présenté. Ensuite, la population, l'échantillonnage, la stratégie de recrutement, les critères d'inclusion et d'exclusion sont exposés. Enfin, la méthode de collecte des données, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques concluent ce chapitre du mémoire.

La contribution de l'étudiant à ce projet inclut la rédaction du protocole, la présentation du projet au comité éthique, le recrutement des participants, la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du mémoire. L'équipe de direction a accompagné l'étudiant tout au long de ces étapes afin de le guider dans son cheminement.

### 4.1 Devis de recherche

Nous avons utilisé un devis de recherche qualitatif, donc considérant la nature du projet et le type d'informations recueilli, nous avons privilégié les groupes de discussion (*focus group*) et un type de « recherche descriptive interprétative »<sup>46</sup>. En effet, ce type de recherche est approprié en fonction de l'objectif poursuivi, qui est de capter les facteurs contextuels de l'expérience des usagers et des professionnels ainsi que d'approfondir la compréhension du phénomène selon le point de vue des personnes impliquées. Ceci a contribué à développer des connaissances ainsi qu'une compréhension en profondeur de cette problématique (Corbière & Larivière, 2014). De plus, les groupes de discussion étaient la méthode la plus avantageuse pour collecter les données dans ce projet. Cette méthode a permis de recueillir l'information reliée à l'interprétation et à la perception des participants partageant certaines caractéristiques communes en lien avec la problématique. Les groupes de discussion permettent aussi de générer des données rapidement et à coût abordable. Ils permettent de faire interagir les participants afin de faire évoluer les opinions et les recommandations, en plus de soulever de nouvelles idées en lien avec la problématique (Corbière & Larivière, 2014; Krueger & Casey, 2015). La réalisation de quatre groupes de discussion (deux groupes de discussion composés d'usagers et deux groupes composés de professionnels de la santé)



a permis de récolter la perception de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge des tendinopathies à l'épaule.

## **4.2 Population à l'étude et échantillon**

### *Population*

Après avoir considéré la problématique et la recension des écrits, nous jugeons qu'il est essentiel d'étudier les perceptions et les points de vue de l'ensemble des acteurs jouant un rôle dans les processus de soins de l'utilisateur avec une tendinopathie de l'épaule. Cela permet une meilleure triangulation en ce qui concerne les sources de données. En effet, l'inclusion de tous les acteurs impliqués assure une évaluation plus affinée et contextualisée du problème (Krueger & Casey, 2015).

En suivant cette logique, les populations cibles de notre étude sont les médecins de famille, les orthopédistes, les physiothérapeutes ainsi que les usagers ayant une tendinopathie à l'épaule de la région du CIUSSS de l'Estrie.

### *Échantillon*

À partir de cette population, nous avons choisi un échantillon homogène pour réaliser les groupes de discussion focalisés. Ces derniers ont été séparés selon la provenance des experts (travailleurs dans le domaine de la santé et usagers du système de santé). Nous avons formé deux types de groupes de discussion focalisés. Un premier type composé d'usagers (deux groupes d'usagers ont été réalisés) et un deuxième type composé de professionnels de la santé, comprenant les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes. (La composition de deux types de groupes permet de faciliter la discussion et de ne pas biaiser l'apport des différents acteurs en raison de la présence de plusieurs types de participants dans le groupe (ex. : les usagers auraient pu être intimidés par la présence de professionnels de la santé). Pour leur part, l'échantillon des participants des groupes de discussion d'usagers devaient respecter un mode d'échantillonnage homogène. Chacun des participants partageait une caractéristique commune, soit celle d'avoir vécu le processus de soins pour une tendinopathie de l'épaule. Les groupes étaient constitués de personnes résidant dans la région de Sherbrooke et des environs. Les groupes de discussion d'usagers ont seulement eu lieu dans la région de Sherbrooke pour des motifs pragmatiques. De fait, puisque l'équipe de

recherche est établie au CHUS, il était possible pour nous de contacter les patients en consultation externe d'orthopédie lors de leur rendez-vous médical. Les groupes de discussion focalisés formés de professionnels de la santé ont été réalisés selon un mode d'échantillonnage homogène (chacun des professionnels de la santé devait avoir traité des usagers avec tendinopathie de l'épaule ou être en lien avec cette problématique). De plus, ces groupes de discussion se déroulaient dans deux différentes villes appartenant au CIUSSS de l'Estrie afin de tenir compte du contexte particulier de ces régions, car les professionnels de la santé pratiquent dans des structures organisationnelles différentes. À titre d'exemple, l'accessibilité aux orthopédistes surspécialisés est plus simple dans la région de Sherbrooke et dans la région de Granby, les médecins de famille sont plus accessibles qu'à Sherbrooke.

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas guidée par la représentativité statistique, mais par deux critères, soit la diversification et la saturation (Poupart et al., 1997). Dans un groupe de discussion focalisé, le nombre de participants idéal varie entre 6 et 10 personnes, mais peut s'accroître jusqu'à 12 participants (Krueger & Casey, 2015). Pour ce projet de recherche, nous ciblions des groupes de discussion composés de 6 à 10 participants afin de nous assurer d'avoir la diversité recherchée dans le profil de nos participants.

#### **4.2.1 Stratégie de recrutement**

##### **Les participants des groupes d'usagers**

Des affiches placardées dans les cliniques (médecine familiale et physiothérapie) que nous utilisons déjà dans le cadre d'autres projets de recherche sur les tendinopathies de l'épaule ont servies à rejoindre les usagers qui n'avaient pas été référés en clinique externe en orthopédie. De plus, nous avons contacté les professionnels de la santé (physiothérapeutes, médecins de famille, etc.) de différentes cliniques afin de leur parler de notre projet de recherche et de leur demander de nous référer des usagers potentiels. Toutefois, le contact au moment du rendez-vous pour une consultation en clinique externe en orthopédie au CHUS a été la principale stratégie de recrutement pour ce groupe. Les usagers potentiellement admissibles au projet qui ont eu une référence en orthopédie ont été contactés après avoir donné leur autorisation de contact pour le projet. Ces derniers ont été contactés verbalement à la clinique ou par téléphone par l'étudiant responsable du projet ou l'assistante de recherche

du service d'orthopédie afin de les informer du projet et de connaître leur intérêt à y participer. Le recrutement a été complété lorsque deux groupes composés d'usagers admissibles ont été formés.

### **Les participants des groupes professionnels de la santé**

Notre équipe de recherche est composée d'un orthopédiste (F Balg), d'une physiothérapeute (N Gaudreault) et de deux assistantes de recherche ayant travaillé dans le milieu clinique. Nous avons demandé à chaque membre de l'équipe d'identifier des collègues correspondant à un expert dans son champ de pratique ou avec qui il intervient professionnellement dans les différentes régions où ont eu lieu les séances de groupes de discussion focalisés (un groupe de la région de Sherbrooke et un groupe de la région de Granby composé de travailleurs dans le milieu de la santé). Ainsi, le premier contact avec les personnes ciblées a été fait par téléphone ou par courriel par les cliniciens membre de l'équipe de recherche. Elles ont été informées de la nature du projet ainsi que leur intérêt à participer et leur admissibilité a été vérifiée. Lorsque le professionnel de la santé a donné son accord pour participer au projet, l'étudiant responsable du projet ou les assistantes de recherche prenaient la relève pour établir les autres contacts. De plus, il a été demandé à la personne contactée de recommander des collègues pour participer au projet et ces personnes ont été contactées, informées et invitées à participer de la même façon. Le recrutement a été complété lorsque deux groupes de 8 professionnels de la santé admissibles composés de différents experts ont été formés (2 ou 3 participants par type de professionnels de la santé [orthopédistes, physiothérapeutes et médecins de famille]). Cependant, un groupe de discussion a été fait avec 7 professionnels, car un professionnel n'a pu être présent en raison d'un appel d'urgence de dernière minute.

#### **4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion et d'exclusion suivants étaient utilisés pour déterminer l'admissibilité des participants potentiels. De plus, dans le cas où un usager potentiel aurait présenté des conditions médicales autres que celles énumérées dans les critères d'exclusion, nous approfondissions l'histoire médicale afin de nous assurer que cela n'avait pas affecté son cheminement de prise en charge de la TCR.

*Critères d'inclusion des usagers*

1. Être âgé de 18 ans ou plus.
2. Avoir un diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (avec ou sans déchirure).
3. Avoir eu une tendinopathie de la coiffe des rotateurs résolue sans référence en orthopédie ou avoir été dirigé vers une clinique d'orthopédie par un médecin de famille.

*Critères d'exclusion des usagers*

1. Antécédent de blessures présentes à l'épaule (fracture, luxation/subluxation, arthrose, capsulite, neuropathie, plexopathie, radiculopathie, etc.).
2. Limitation dans ses déplacements (ne peut pas se présenter au groupe de discussion focalisé).
3. Problèmes de communication (langue parlée, compréhension, audition).

*Critères d'inclusion des professionnels de la santé*

1. Traiter des usagers souffrant d'une tendinopathie à l'épaule au moins une fois par semaine.
2. Provenir de la région définie pour le groupe de discussion.

*Critères d'exclusion des professionnels de la santé*

1. Problèmes de communication (langue parlée, compréhension, audition).

**4.3 Méthode de collecte des données**

La participation au projet de recherche se résumait à une rencontre de groupe d'un maximum de deux heures dans un endroit neutre, propice à la discussion et facile d'accès. Les rencontres ont eu lieu dans une salle réservée à cet effet au centre de recherche du CHUS-Fleurimont à Sherbrooke pour les groupes usagers et l'un des groupes avec les professionnels. Le groupe de discussion de Granby a eu lieu dans une salle prêtée par une clinique médicale de Granby. Une compensation financière de 20 \$ a été offerte aux participants usagers et professionnels se présentant aux groupes de discussion et un repas ou une collation a été fourni selon le moment de la journée où a eu lieu le groupe de discussion. Les participants présents aux groupes de discussion ont reçu au préalable le formulaire de

consentement en version électronique ou en version papier qui leur avait été envoyé par l'étudiant responsable du projet ou bien par l'une des assistantes de recherche. À leur arrivée à la séance, les participants ont été accueillis par l'équipe animant le groupe de discussion, soit l'animateur et son assistant. Ils ont ensuite signé un formulaire de consentement fourni par l'équipe de recherche et rempli un court questionnaire (voir annexe III et IV). Le questionnaire était composé de questions servant à décrire les participants présents au groupe de discussion et avait pour but de fournir des informations sociodémographiques. L'animateur, un professionnel formé en recherche qualitative et expérimenté, a agi à titre de guide et de modérateur, car il avait pour mission de rendre la discussion fluide entre les participants tout en s'assurant que la discussion se développe dans la bonne direction (Krueger & Casey, 2015). Les tâches techniques telles que gérer l'équipement audio, préparer la salle, gérer le temps, etc. (Krueger & Casey, 2015) ont été assignées à l'étudiant (J Charest). Lorsque les participants étaient tous arrivés et assis autour de la table, l'animateur et son assistant présentaient le contexte de la recherche et les modalités de la discussion avant de commencer en suivant un guide d'entrevue semi-dirigée défini à partir du cadre conceptuel qui est adapté aux deux types de groupes de discussion (annexe V et VI). Les questions du guide d'entrevue concernaient les facteurs dans le cadre conceptuel, cependant il s'agissait de question ouverte cherchant à faire évoluer la discussion sur les sujets amenés par les participants entourant le sujet. Si les facteurs dans les questions préétablies n'étaient pas abordés, ils nous étaient possibles de relancer la discussion avec ces questions.

De façon générale, l'animateur s'assurait de discuter de l'ensemble des points compris dans chacune des sections des guides d'entrevues. Ces guides d'entrevues ont été élaboré par l'équipe de recherche à partir des concepts définis dans la recension des écrits et selon le cadre conceptuel (p. 19) mais, lors des groupes de discussion, il était aussi important de laisser place à la discussion sur d'autres idées ou concepts amenés par les participants. Les thèmes abordés lors des groupes de discussion des usagers ont été la prise en charge, la pathologie, les caractéristiques de l'utilisateur, la vie professionnelle, les croyances des usagers, les expériences personnelles et la relation avec le soignant et l'efficacité de l'intervention. Concrètement, dans le guide d'entrevue concernant les usagers (annexe V), les thèmes de la pathologie et des croyances face à la tendinopathie pouvaient être abordés par plusieurs

questions (par exemple, qu'est-ce que la tendinopathie à l'épaule, selon vous? (thème de la pathologie) ou bien quelles sont vos croyances face à la tendinopathie à l'épaule... évolution des croyances suite aux traitements, différence entre la réalité et les croyances, influence sur la prise en charge? (thème des croyances face à la tendinopathie)). Les thèmes abordés lors des groupes de discussion composés de professionnels de la santé ont été la prise en charge, la tendinopathie à l'épaule, les caractéristiques personnelles, la relation avec l'utilisateur, le milieu de pratique, l'environnement de travail, la charge de travail et le coût du service. Par exemple, selon le guide d'entrevue pour les professionnels (annexe VI), le thème de la relation avec l'utilisateur pouvait être abordé par une question telle que « de quelle façon la relation avec l'utilisateur affecte la prise en charge que vous devez effectuer (affecte le traitement) ? ». Le thème sur le milieu de pratique pouvait être apporté selon la question « quelles sont les influences du milieu dans lequel vous pratiquez sur la prise en charge que vous effectuez (sur le choix du traitement, influence de l'organisation, particularités du milieu, la relation avec les différents intervenants, etc.) ? ». Finalement, Les données analysées proviennent de l'enregistrement audio des discussions ainsi que de la prise de notes des animateurs (impressions, commentaires, gestuelles, etc.).

#### **4.4 Analyse des données**

Il est important de comprendre que l'analyse qualitative des données est évolutive et réalisée durant l'ensemble du processus de collecte des données, d'où son caractère itératif (Corbière & Larivière, 2014). Plus précisément, la méthode d'analyse de données utilisée est une méthode proposée par Miles et Huberman (2003) et Miles *et al.* (2014). Il s'agit d'une méthode qui est largement utilisée dans la recherche en sciences de la santé et qui se compose de trois étapes : 1) la condensation des données ; 2) la présentation des données et la mise en relation des thèmes ; 3) l'élaboration de conclusions et la vérification de celles-ci (Corbière & Larivière, 2014; Miles & Huberman, 2003; Miles et al., 2014).

##### *La condensation des données*

La condensation des données commence par une lecture et une relecture des données retranscrites sous forme d'un verbatim afin de s'imprégner de la discussion et de développer une vision globale sur l'opinion des participants (Corbière & Larivière, 2014). Dans un

premier temps, il s'agit de repérer les extraits importants dans le verbatim pour y trouver les thèmes importants (les thèmes représentent le sens des propos). Ensuite, des liens entre les thèmes ont été faits en les regroupant sous la forme de termes plus généraux (Corbière & Larivière, 2014; Miles et al., 2014; Paillé & Mucchielli, 2012).

### *La présentation des données et la mise en relation des thèmes*

La présentation des données a pour but de relever les relations entre les thèmes. Il ne s'agit pas seulement de décrire cette relation, mais d'avoir une meilleure compréhension et une meilleure interprétation du phénomène (Corbière & Larivière, 2014). Les données peuvent être présentées sous diverses formes (tableaux, schémas ou réseaux) et le choix a été fait selon ce qui est le plus explicatif (Miles et al., 2014).

### *L'élaboration et la vérification des conclusions*

L'élaboration et la vérification des conclusions se réalisent tout au long du processus de collecte et d'analyse des données. En effet, des conclusions ressortent de l'analyse des données de chacun des groupes de discussion (Corbière & Larivière, 2014). L'ensemble de ces conclusions a fait l'objet de vérifications suivant plusieurs méthodes : des discussions avec les membres de l'équipe de recherche, la coanalyse des données (la coanalyse a été faite avec un des membres de l'équipe de recherche) et le retour aux données brutes pour valider la concordance entre les données et les conclusions (Corbière & Larivière, 2014).

### *Analyse détaillée*

Plus concrètement, en ce qui concerne la coanalyse, elle a été effectuée par l'étudiant responsable du projet et la codirectrice C Loignon, chercheure expérimentée en recherche qualitative. Dans un premier temps, l'analyse des données a été faite après chacune des séances de discussion par l'étudiant responsable du projet en suivant la méthode décrite précédemment. Donc, les enregistrements ont été écoutés plusieurs fois, retranscrits dans un document Word et les thèmes importants ont été recherchés, soulevés ainsi que rattachés à leur extrait du verbatim. Un schéma des différents thèmes soulevant, leur description, leur relation, leur lien entre eux et des interprétations a été fait. De plus, durant l'ensemble de l'analyse, le cadre conceptuel utilisé afin de définir les facteurs affectant la prise en charge était considéré pour valider les éléments si retrouvant aux éléments spécifiques à notre

population. Par la suite, les analyses étaient envoyées aux différents directeurs de recherche pour qu'ils en prennent connaissance. D<sup>re</sup> Loignon a validé l'analyse afin de s'assurer que les concepts et les thèmes qui ressortaient de cette analyse étaient cohérents et justes. Comme mentionné précédemment, l'analyse des données est un processus itératif qui se fait en parallèle de la collecte de données. Donc, il était possible, tout au long de la collecte de données, d'ajuster les questions et les thèmes abordés en fonction de ce qui ressortait des groupes de discussion précédents (Corbière & Larivière, 2014). Une question concernant le système de soins de santé a été ajoutée dans les guides d'entrevues usager et professionnel (annexe V et VI), car ce thème est ressorti lors du premier groupe de discussion usager et il n'était pas couvert par les questions déjà présentes.

Les questionnaires distribués aux participants avant le début du groupe de discussion ont été compilés et ont seulement servi à la description de nos participants.

#### **4.5 Considérations éthiques**

Les participants étaient libres de participer ou non au projet de recherche. Un formulaire de consentement leur avait été transmis et expliqué afin qu'ils prennent connaissance du projet, de leur implication potentielle et de l'utilisation des données collectées. L'étudiant responsable du projet ou l'assistante de recherche qui avait contacté les participants s'assurait qu'ils comprennent bien le projet et que tous les questionnements aillent été répondus. Un consentement écrit avait été demandé avant le groupe de discussion pour participer au projet. Les participants pouvaient se retirer du projet à tout moment, que ce soit avant ou après le groupe de discussion. Une attention particulière avait été portée aux participants usagers qui avaient donné l'autorisation de contact à la suite de leur rencontre avec l'orthopédiste. Il était important de s'assurer que ces participants comprenaient bien que la participation — ou la non-participation — au projet de recherche n'affecterait aucunement le traitement reçu lors des prochaines visites avec leur orthopédiste.

La vie privée et la confidentialité des participants ont été préservées. Dans notre recherche, il n'était pas nécessaire de divulguer l'identité des participants, car le but de la recherche était de faire ressortir les différentes perceptions du groupe. Au moment de l'enregistrement des groupes de discussion, les participants n'avaient pas à s'identifier lors de la prise de



parole (nous voulions récolter les points de vue de l'ensemble des participants et non comparer les opinions de chacun). Les résultats représentaient une association de plusieurs points de vue et ne pouvaient nullement être associés à un participant. De plus, lors de l'utilisation d'une citation, aucun lien n'a pu être fait entre le participant et la citation, car il n'y avait aucun moyen pour l'identifier.

Les documents liés au projet seront conservés pour une durée de 10 ans dans un classeur barré dans le local de la coordonnatrice de recherche du service d'orthopédie. La base de données des participants sera conservée sous mot de passe avec un accès restreint à l'équipe de recherche de ce projet.

Le modèle de recherche (collecte et analyse des données) est défini au meilleur des connaissances acquises à ce jour. Évidemment, dans la recherche qualitative, le modèle de recherche peut évoluer au fur et à mesure que les données sont récoltées (EPTC 2, 2014). Donc, il était de notre responsabilité, le cas échéant, de divulguer tous les changements au modèle de recherche qui auraient pu avoir lieu lors de notre projet.

En séparant les groupes de discussion en deux types (groupes « usagers » et groupes « professionnels de la santé »), nous avons limité l'influence et l'impact des dires que peut avoir un groupe à propos de l'autre. Toutefois, dans les groupes de professionnels de la santé, plusieurs types de professionnels ont été présents. Il était donc de notre responsabilité que la discussion reste constructive et non dirigée vers une confrontation entre les différents types de professionnels de la santé. Une attention particulière à la formulation des questions ainsi qu'à l'attitude des évaluateurs était importante lors des groupes de discussion.

## **CHAPITRE 5 : LES RÉSULTATS**

Les résultats sont séparés en trois sections portant sur quatre groupes de discussion auprès de deux populations différentes. La première section présente les caractéristiques sociodémographiques des participants aux quatre groupes de discussion constituant l'échantillon. La deuxième et la troisième section concernent les résultats sur les thèmes qui sont ressortient de la littérature et les thèmes émergents spécifiques à nos groupe de discussion. De plus, les citations ont été légèrement modifiées par souci de clarté et de compréhension. Le sens des citations n'a aucunement été affectés.

### **5.1 Données sociodémographiques**

#### **5.1.1 Données sociodémographiques et cliniques des usagers**

Nous avons réalisé deux groupes de discussion composés d'usagers. Les données sont présentées dans le tableau 1. Chacun des groupes de discussion était composé de 6 participants pour un total de 9 hommes et de 3 femmes. L'âge moyen des participants était de 63 ans. La grande majorité avait consulté son médecin de famille il y a plus d'un an (9 participants) et tous ont reçu une multitude de traitements lors de leur prise en charge. Les traitements les plus fréquents sont le traitement en physiothérapie, l'infiltration de cortisone et la référence en orthopédie. Deux participants ont reçu un autre traitement, soit des exercices de renforcement avec un élastique et de l'acupuncture. Le délai d'attente avant de consulter un physiothérapeute est varié (allant de moins de 3 mois à plus de 12 mois), tandis que le délai avant de consulter un orthopédiste est principalement de plus de 12 mois. Les participants n'avaient soit aucun agent payeur pour leur soin ou bien une assurance privée à l'exception de 3 participants (2 usagers utilisaient la CNESST et 1 usager la SAAQ). Finalement, le niveau de scolarité des usagers rencontrés était principalement du niveau d'études secondaire et leur revenu annuel individuel se situait entre 40 000 \$ et 85 000 \$.

		N	Total (%)
A) Sexe	1) Homme	9	75%
	2) Femme	3	25%
B) Âge moyen (écart-type)		62.58 (6.71)	
C) Moment de consultation du médecin de famille	1) Il y a 1 an et moins	2	17%
	2) Il y a plus de 1 an	9	75%
	3) Je n'ai pas consulté de médecin de famille	1	8%
D) Traitements reçus (plusieurs réponses possibles)	1) Prise d'acétaminophène / anti-inflammatoire	7	18%
	2) Infiltration de corticostéroïde	8	20%
	3) Traitement en physiothérapie	10	25%
	4) Référence en orthopédie	8	20%
	5) Chirurgie	5	13%
	6) Aucun traitement	0	0%
	7) Je ne sais pas	0	0%
	8) Autres	2	5%
E) Délai d'attente pour consulter le physiothérapeute	1) Moins de 3 mois	4	36%
	2) De 3 à 6 mois	2	18%
	3) De 6 à 12 mois	3	27%
	4) Plus de 12 mois	2	18%
	5) Ne s'applique pas	0	0%
F) Délai d'attente pour consulter le chirurgien orthopédiste	1) Moins de 3 mois	1	8%
	2) De 3 à 6 mois	2	17%
	3) De 6 à 12 mois	2	17%
	4) Plus de 12 mois	7	58%
	5) Ne s'applique pas	0	0%
G) Organisme payeur	1) SAAQ	1	8%
	2) CNESST	2	17%
	3) Assurance privée	4	33%
	4) Autre	0	0%
	5) Aucun	5	42%
H) Niveau de scolarité	1) Secondaire/DEP	6	67%
	2) Collégial	2	22%
	3) Universitaire	1	11%
	4) Autre	0	0%
	5) Refus de répondre	3	33%
I) Revenu annuel	1) Moins de 40 000 \$	2	17%
	2) De 40 000 \$ à 85 000 \$	7	58%
	3) De 85 000 \$ à 105 000 \$	0	0%
	4) Plus de 105 000 \$	0	0%
	5) Refus de répondre	3	25%

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants lors des groupes de discussion des usagers

### 5.1.2 Données sociodémographiques des professionnels

Nous avons réalisé deux groupes de discussion composés de professionnels. Les données sont présentées dans le tableau 2. Le premier groupe avait eu lieu dans la région de Sherbrooke et le deuxième dans la région de Granby. Lors du groupe de discussion de Sherbrooke, il y a eu trois médecins de famille, trois physiothérapeutes et deux orthopédistes, tandis que lors du groupe de discussion de Granby, il y a eu deux médecins de famille, quatre physiothérapeutes et un orthopédiste. L'âge moyen des médecins de famille (quatre hommes et une femme), des physiothérapeutes (trois hommes et quatre femmes) et des orthopédistes (trois hommes) est de 47, 43 et 42 ans. Un médecin de famille n'a pas donné son âge. Le nombre d'années moyen de pratique et de traitement de la TCR varie selon la profession. En effet, la moyenne d'années de pratique pour les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes était respectivement de 21, 19 et 13 ans, alors que le nombre d'années de traitement était respectivement de 22, 19 et 13 ans. Les médecins de famille pratiquaient généralement en cabinet, en CLSC, ou bien dans ces deux milieux (1 participant pratique dans ces deux milieux). Ils ne connaissent pas l'algorithme de prise en charge pour les problématiques à l'épaule à l'exception d'un médecin de famille qui en avait connaissance et qui trouvait cet algorithme utile. Les physiothérapeutes pratiquaient soit en milieu hospitalier, soit en clinique privée. Ils ne connaissent pas l'algorithme de prise en charge à l'exception d'un physiothérapeute, et ce dernier n'utilise pas l'algorithme. Les 3 orthopédistes présents lors des groupes de discussion pratiquent dans le milieu hospitalier. Tous connaissent l'algorithme de prise en charge, mais seulement 2 l'utilisent et le trouve pertinent, car il y a un orthopédiste qui ne trouve pas cet algorithme adéquat.

		Médecin de famille	Physiothérapeutes	Orthopédistes
A) Profession		5	7	3
B) Sexe	Homme	4	3	3
	Femme	1	4	0
C) Âge moyen (écart-type)		47(11.03)	43 (9)	42 (8)
D) Année de pratique moyen (écart-type)		21 (13)	19 (9)	13 (7)
E) Année de traitement des TCR moyen (écart-type)		22 (13)	19 (9)	13 (7)
F) Milieu de pratique	Milieu hospitalier	0	2	3
	CLSC	2	0	0
	Clinique privée	4	5	0
	Autre	1	0	0
G) Connaissance de l'algorithme	Oui	1	1	3
	Non	3	6	0
H) Utilisation de l'algorithme	Oui	1	0	2
	Non	3	7	1
I) Utilité de l'algorithme	Oui	1	0	2
	Non	0	0	0
	Aucune réponse	1	0	1

Tableau 2 : Données sociodémographiques des participants lors des groupes de discussion des professionnels

## 5.2 Résultats des groupes de discussion focalisés auprès des usagers

Chez les usagers, il est possible de distinguer trois thèmes principaux regroupant plusieurs éléments pouvant affecter, positivement ou négativement, la prise en charge des usagers ayant une tendinopathie de l'épaule. Il s'agit de l'expérience de navigation dans le système de santé, de la relation entre les professionnels de la santé (médecins de famille et physiothérapeutes) et les usagers ainsi que le niveau de littératie en santé des usagers.

### 5.2.1 L'expérience de navigation dans le système de soins santé

L'expérience de navigation dans le système de soins de santé fait référence au cheminement suivi par l'utilisateur pour le traitement en première ligne de la tendinopathie de l'épaule. L'expérience de navigation est circonscrite, dans notre cas, entre le moment où la blessure est apparue jusqu'à la première rencontre avec l'orthopédiste. Donc, les usagers ont vécu une variété d'expériences et ils ont été confrontés à une série d'obstacles en lien avec leur prise en charge.

Les participants nous ont révélé que la structure du système de soins de santé n'est pas optimale pour eux. Ce problème a fait en sorte que les usagers ont vécu plusieurs situations irritantes en plus de causer des délais dans le traitement de la TCR. La bureaucratie a causé beaucoup de problèmes aux usagers et a ralenti leur prise en charge. Plus précisément, les participants ont partagé qu'il y a un problème de transmission de l'information entre les différents niveaux de soins (entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne). Ceci a causé des délais dans leur prise en charge et, par le fait même, dans le traitement de la pathologie. Ceci influence négativement la qualité de vie des usagers qui doivent endurer plus longtemps leur problème de santé. Cette difficulté a été constatée par au moins quatre usagers. Certains usagers ont mentionné :

*Usager 5 : « Mon problème a été la bureaucratie parce que mon médecin m'a cru. Il m'a envoyé faire un rayon X, une écho, une IRM et l'IRM, quand il a eu les résultats, il m'a dit : "Je ne suis pas le spécialiste et je vais l'envoyer au CHUS." C'est ce que j'ai eu comme réponse. C'est revenu à mon M.D. de famille. Quand mon M.D. de famille a vu cela, il a dit : "Voyons dont. On vient de perdre du temps." Il a retourné le document au CHUS et j'ai finalement vu l'orthopédiste. »*

*Usager 11 : « À la prise de rendez-vous, ils m'ont dit que si mon état empirait, de demander à mon médecin d'envoyer une deuxième feuille qui dit que ça se dégrade. Je téléphonais, ce n'était pas endurable. Ils m'ont dit qu'ils n'ont jamais reçu le deuxième formulaire. »*

De plus, nos participants considéraient que le corridor de prise en charge pourrait être modifié afin d'offrir une prise en charge plus adéquate à chaque usager, car le corridor n'est

pas adéquat en ce moment (usagers 1, 3, 6, 7, 8 10 et 12). Ils ont constaté qu'il y a trop d'étapes dans la prise en charge, que le système est mal géré et cela augmente le temps de traitement. Nos participants ont mentionné ceci :

*Usager 1 : « C'est les intermédiaires pour arriver à un spécialiste et il y a beaucoup d'obstacles parce que c'est très long, même avant de convaincre un médecin avant de faire une prescription pour voir un spécialiste. Il y a 3, 4, 5 étapes. C'est ça qui bloque. »*

*Usager 6 : « [...] à un moment donné, un médecin de Montréal est venu puis il a fait la radiographie et il a dit : "Pourquoi nous ne l'avons pas faite avant, là peut-être que ça ne marchera pas, car il est à la moitié [le tendon est sectionné de moitié]" . »*

*Usager 8 : « [...] j'ai l'impression qu'il [le système] est mal géré plutôt qu'engorgé. Il y a quelque chose qui ne marche pas. »*

Le corridor de prise en charge inadéquat a apporté des problèmes affectant directement les usagers. Les usagers ont vu des impacts sur leur vie personnelle, leur qualité de vie ainsi qu'une détérioration de leur état de santé. En effet, le corridor de prise en charge inadéquat a prolongé la durée avec laquelle les usagers devaient vivre avec leur problème et a diminué les chances de guérison (détérioration de l'état de santé). Un usager concernant l'impact sur sa vie personnelle mentionne :

*Usager 11 : « J'ai complétement mis ma vie de côté. C'était impossible pour moi de fonctionner. »*

D'autres usagers concernant le corridor de prise en charge inadéquat ont mentionné :

*Usager 3 : « Mon accident de travail que j'ai eu en 2015, si après 3 mois on m'avait envoyé passer une IRM, on aurait vu tout de suite que c'est sectionné [le tendon], on m'aurait probablement opéré à la fin de l'année 2016 et je serais déjà retourné travailler depuis 6 ou 12 mois. »*

*Usager 1 : « Moi, au début, je n'étais pas d'accord à me faire opérer. Si tout ce processus qui a duré 1 an et demi avant d'arriver à la chirurgie n'existait pas et que*

*j'aurais eu toute l'information, j'aurais peut-être gagné un an et éviter de voir 4 ou 5 M.D. et les frais à payer au privé. »*

Finalement, selon les usagers, il y a certains traitements ou procédures (physiothérapie, infiltration de cortisone et IRM) qui devraient toujours leur être proposés car comme ils le mentionnent dans les citations suivantes, ceci peut aider au traitement de la TCR :

*Usager 4 : « J'ai eu un mal à l'épaule qui s'est réglé en physiothérapie, en clinique sportive. C'était la façon de lever les morceaux. Si j'ai à tenir un morceau et qu'il est pesant un peu, c'était une façon de forcer. Moi ça a amélioré gros. Ça se règle en physiothérapie quand ce n'est pas trop avancé, je pense. »*

*Usager 11 et 12 : « La physio, c'est indispensable à avoir. »*

*Usager 2 (les usagers 3 et 6 ont aussi parlé de l'importance d'avoir une IRM) : « Quand tu arrives avec un mal à l'épaule, un mal de jointure, IRM tout de suite. »*

*Usager 3 : « [...] trois mois de physio s'il n'y a pas beaucoup d'amélioration, c'est un automatisme, on devrait faire une IRM. »*

L'infiltration avait un effet temporaire, mais offrait un soulagement qui permettait d'aider l'utilisateur à faire ces traitements. Par exemples, les participants ont partagé les propos qui suivent pour illustrer cela :

*Usager 1, 8, 10 et 11 : « C'est un "plasteur". » (En parlant de l'infiltration de cortisone. L'infiltration aide à soulager le mal, mais ce n'est que temporaire).*

*Usager 7 : « C'est sûr, après cela, tu as fait de la physiothérapie, c'est moins dur quand tu as des infiltrations. »*

Les usagers considéraient aussi que le corridor de prise en charge devrait être adapté à chacun des usagers, car ces derniers ne nécessitent pas les mêmes traitements. Ceci est mentionné par un usager qui dit :

*Usager 12 : « Il y a des choses qui peuvent être bonnes pour moi, mais moins pour d'autres. Chaque cas devient un peu particulier. »*



Donc, la structure du système de soins de santé et le corridor de soins ne sont pas adéquats selon les usagers. De plus, ils considèrent que certains traitements devraient toujours être fait et que la prise en charge devrait être adaptée à chaque usager. Le point suivant concerne la relation entre les professionnels de la santé et les usagers.

### 5.2.2 La relation avec les professionnels de la santé

La relation avec les professionnels de la santé fait état de la relation que les usagers ont eue avec les différents professionnels de première ligne (médecins de famille et physiothérapeutes) qu'ils ont consultés. De plus, la perception des usagers à propos des compétences des médecins de famille et des physiothérapeutes a affecté grandement la relation entre eux.

Le rapport avec les médecins de famille était variable, mais de façon générale, il n'était pas idéal et cela a été un obstacle à la prise en charge de la TCR. Les usagers avaient l'impression de ne pas être crus par le médecin de famille lorsqu'il les voyaient pour un problème de TCR, ils devaient insister pour recevoir certains traitements. Par exemple, certains usagers ont mentionné:

*Usager 1 : « Moi, j'ai dû voir 4 ou 5 médecins avant d'être pris au sérieux pis j'avais déjà eu un accident à l'épaule gauche. Dans le processus, on dirait que je ne suis pas pris au sérieux. »*

*Usager 12 : « Mais on dirait que les médecins aussi, parfois quand tu travailles, ils nous croient-tu ? On se demande s'ils nous croient ou bien s'ils pensent que l'on veut être arrêté [arrêt de travail]. »*

Le fait que les médecins de famille ne croyaient pas les usagers a représenté une barrière dans le traitement de la TCR. À cause de cela, les usagers devaient confronter leur médecin de famille pour avoir accès à d'autres traitements ou d'autres avis et, fréquemment, ils devaient aller chercher par eux-mêmes le traitement (au privé). Les citations suivantes reflètent ces situations auxquelles sont parfois confrontés les patients :

*Usager 11 : « Je me suis rendu à l'urgence, car je voulais avoir un deuxième avis. [...] Je lui envoyais des fax parce qu'il ne répondait plus au téléphone, mais par fax*

*je réussissais à passer. C'était comme des menaces que je lui faisais. Je suis rendu au bout du rouleau, si tu ne veux pas signer un certificat de décès, je suis rendu là [pour avoir d'autres soins]. »*

*Usager 2 : « Je suis allé voir le médecin et avant qu'il décide de m'envoyer passer une radiographie, il a fallu que j'insiste. Ça a pris plusieurs mois avant que je puisse faire une IRM et après l'IRM, ça prit un bout de temps avant de voir l'orthopédiste. »*

*Usager 8 : « C'est là qu'on a fait des demandes à mon médecin et j'ai fait des demandes. J'ai dit : "Sors-moi ma prescription, je vais aller au privé, je vais la payer, mais tu vas me faire une prescription, il y a de quoi de pas normal et j'ai quelqu'un qui croit que j'ai de quoi de plus grave" [en parlant d'un physiothérapeute] [...] À un moment donné, il faut que tu te battes. Il y a un problème dans le système de santé. Il y a deux poids deux mesures. »*

Les usagers 1, 3, 6 et 8 ont dû aller au privé, par eux-mêmes, pour passer une IRM. Cette hésitation a causé un délai dans la prise en charge des usagers et a prolongé le vécu avec la pathologie. Cette citation démontre bien cela :

*Usager 1 : « Ils [les médecins de famille vus] m'ont dit : "Vous aviez une déchirure toute petite, madame. Vous n'avez rien, madame." Là où le déclencheur s'est fait pour moi pour la chirurgie. Je suis allée consulter en privé. Ils m'ont expliqué de A à Z le processus. Ils m'ont dit : "Madame, si vous ne vous faites pas opérer, vous avez tant de temps que vous avez une déchirure. Selon l'IRM passée, vous avez une déchirure modérée. Voici les conséquences si vous ne vous faites pas opérer et si vous vous faite opérer, les risques, la physiothérapie." »*

Les usagers ont constaté qu'il y avait un manque de compétence de la part des médecins de famille pour le traitement de la tendinopathie de l'épaule. En effet, ceci peut se remarquer par la divergence dans le diagnostic (différence entre ce que le médecin pose comme diagnostic et le diagnostic réel) et par la divergence dans le traitement (différence entre le traitement donné par le médecin de famille et le traitement qui devrait être administré). Ce manque de compétence nuit à la relation avec les usagers, car cela crée des confrontations entre les usagers et les médecins de famille. Les usagers mentionnent :

*Usager 1 : « C'est le processus qui est très long avant de trouver le problème, combien de fois tu vas à l'urgence, tu te fais dire : "Vous n'avez rien parce que ce n'est pas cassé", après cela on retourne voir le M.D., on retourne à l'urgence parce que la douleur est excessive. »*

*Usager 6 : « Le M.D. de famille ne connaît pas cela [en parlant de son problème à l'épaule]. »*

*Usager 8 : « Le premier M.D. c'est zéro [le médecin n'était pas d'accord pour passer une IRM]. Assez que lorsque j'ai eu l'IRM, ma conjointe avait le goût d'y envoyer et de lui dire que c'est un incompetent [l'IRM a révélé un problème plus grave à l'épaule]. »*

L'hésitation à croire les usagers et le manque de compétence des médecins de famille perçu par les usagers ont rendu la relation difficile entre ces derniers et les médecins de famille. Cette relation difficile nuit à la prise en charge en augmentant le temps de traitement. Les usagers doivent vivre plus longtemps avec leur problème (diminution de leur qualité de vie sur une période plus longue) qui va en s'empirant s'il n'est pas bien traité.

Les usagers avaient souvent une meilleure relation avec les physiothérapeutes et trouvaient que ces derniers étaient plus compétents que les médecins de famille pour traiter la TCR. Cette relation agissait comme un facilitateur dans la prise en charge de la TCR. Ils informaient l'utilisateur sur les traitements qu'il devrait avoir, ils discutaient avec le médecin de famille si le diagnostic ne convenait pas et ils prenaient aussi le temps avec l'utilisateur pour bien lui expliquer le problème. Les propos suivants ont été mentionnés par les usagers :

*Usager 2 : « Quand tu rencontres le physiothérapeute, là tu commences à avoir quelqu'un qui a de l'allure. »*

*Usager 10 : « Le physio à [l'endroit a été enlevé par souci de reconnaissance], dans le public, merveilleux. »*

*Usager 3 : « Les 2 physio qui s'occupaient de moi ont dit que ce n'était pas normal et que je devrais avoir de quoi [imagerie] pour voir ce que j'ai. »*

*Usager 5 : « Ma physio m'a fait faire quelques exercices et au bout de 2, 3 séances, elle a vu que je n'avais pas d'amélioration et elle a dit qu'elle ne pouvait rien faire avec moi et que je devais passer une IRM pour voir exactement ce que j'avais. »*

Donc, la relation entre l'utilisateur et les professionnels de première ligne est variable selon les professionnels. L'utilisateur a généralement une meilleure relation avec les physiothérapeutes tandis que cette dernière est plus difficile avec les médecins de famille. Le dernier élément qui ressort des groupes de discussion usager concerne leur connaissance et leur compréhension de la pathologie. Ceci est abordé dans la prochaine section.

### **5.2.3 Le niveau de littératie en santé des usagers**

Le niveau de littératie des usagers est la capacité à comprendre et le niveau de connaissance des usagers en ce qui concerne la tendinopathie de l'épaule. Les caractéristiques de l'utilisateur en soi sont aussi des facteurs qui affectent la prise en charge en première ligne. L'utilisateur fait partie intégrante du traitement et ses connaissances sur la TCR, sa compréhension de la problématique ainsi que son implication dans son processus de prise en charge sont importantes.

De façon générale, les usagers ne connaissaient pas le terme scientifique tendinopathie, mais ils associaient ce problème avec la douleur sur le long terme, le mouvement répétitif, le manque de repos et les piqûres de cortisone. Les citations suivantes des usagers montrent que la connaissance provenait généralement des expériences vécues par les membres de leur famille et de leur propre expérience:

*Usager 3 : « Les douleurs à l'épaule, j'ai connu ça toute ma vie. Il s'agit de mouvements répétitifs, de ne pas prendre de repos, tout découle de là. »*

*Usager 1 : « Moi, la connaissance des problèmes à l'épaule provient de ma mère qui avait eu des problèmes d'épaule. »*

*Usager 10 : « Je le savais que si je faisais tel geste, c'était pour faire mal. Donc, je ne faisais pas ce geste, mais je ne savais pas quoi faire pour essayer de calmer la douleur. Je fais-tu des exercices comme ils m'ont montré, je les fais-tu ou je ne les*

*fais pas ? Avant de rencontrer le M.D., si je les fais est-ce que je vais causer plus de mal ? »*

Ce type de connaissances sur la tendinopathie de l'épaule est très simpliste (seulement relié au vécu) et ne reflète aucunement une connaissance adéquate du problème. Ceci a fait en sorte que les usagers attendaient avant de consulter le médecin de famille parce qu'ils pensaient que le mal allait passer (usagers 10 et 11) et qu'ils suivaient aveuglément le médecin de famille dans le traitement. À propos du délai avant de consulter leur médecin de famille, Les usagers ont mentionné cela :

*Usager 10 et 11 : « On fait tous cela un peu, on attend. Quand je voyais que ça ne passait pas et que ça empirait, j'ai demandé à voir mon M.D. de famille. »*

*Usager 10 : « : J'ai enduré la douleur pendant 5, 6 mois avant d'aller voir mon médecin de famille. Je me disais que ça allait passer, mais ça n'a pas passé. »*

Cependant, le médecin de famille ne semblait pas toujours posséder les connaissances nécessaires pour le traitement de la tendinopathie de l'épaule selon les usagers (voir section relation avec les professionnels de la santé). Donc, cela a augmenté le délai de prise en charge et a affecté l'expérience de navigation des usagers dans le système de santé.

Il était important pour l'utilisateur d'avoir de l'information afin de développer ses connaissances sur la TCR et de pouvoir mieux comprendre son problème. Ceci a permis à l'utilisateur de mieux vivre avec son problème et d'améliorer la prise en charge. Les usagers, selon les citations suivantes, mentionnent que cette information pouvait provenir des différents professionnels de la santé ou de son entourage :

*Usager 3 : « Aujourd'hui, au lieu de faire de la physiothérapie, je vais te montrer exactement ce que tu as. » Il m'a tout expliqué, visuellement, on regardait les images. Il m'a tout expliqué cela en détail. Il m'a dit : "Ils vont te donner un petit coup de drinnel [drille, je crois]. Tu vas voir, il va y avoir un peu plus d'espace pour que ça passe que ça guérisse mieux." Il m'a tout expliqué cela en détail pis moi après cela, quand on regardait, j'avais une bonne idée de c'était quoi une épaule. »*

*Usager 12 : « Quelqu'un m'a dit : "Il va falloir que tu apprennes à travailler les bras proches de ton corps. »*

*Usager 8 : « Le physio que j'ai vu en dernier m'avait donné des exercices avec des images et il m'a dit : "Tu peux continuer à la faire, mais avec le métier que tu fais, tu le fais, ton exercice. »*

De plus, une bonne connaissance a permis une plus grande implication de l'utilisateur dans le traitement ainsi qu'un rapport plus complet et facilitant avec les professionnels de la santé. Les utilisateurs ont mentionné :

*Usager 9 : « J'ai des connaissances dans le domaine, je suis dans le milieu du sport, dans l'étude du mouvement et tout cela. Quand je discute avec le médecin, on parle d'endroit précis d'un point précis. Il ne peut pas me dire n'importe quoi, parce que je vais argumenter. »*

*Usager 3 (il a reçu une éducation de la part du physiothérapeute) : « "Aujourd'hui, au lieu de faire de la physiothérapie, je vais te montrer exactement ce que tu as." Il m'a tout expliqué, visuellement, on regardait les images. Il m'a tout expliqué cela en détail. Il m'a dit : "Ils vont te donner un petit coup de drinnel [drille, je crois]. Tu vas voir il va y avoir un peu plus d'espace pour que ça passe que ça guérisse mieux." Il m'a tout expliqué cela en détail pis moi, après cela, quand on regardait, j'avais une bonne idée de c'était quoi une épaule. »*

*Usager 1 (en recevant la bonne information, cet utilisateur a pu s'impliquer dans la prise en charge pour recevoir le traitement adéquat) : « Je suis allée consulter au privé. Ils m'ont expliqué de A à Z le processus. Ils m'ont dit : "Madame, si vous ne vous faites pas opérer, vous avez tant de temps que vous avez une déchirure. Selon l'IRM passée, vous avez une déchirure modérée. Voici les conséquences si vous ne vous faites pas opérer et si vous vous faites opérer, les risques, la physiothérapie." [...] si j'avais eu l'information complète... Moi au début je n'étais pas d'accord à me faire opérer. Si tout ce processus qui a duré 1 an et demi avant d'arriver à la chirurgie n'existait pas, j'aurais eu toutes les informations et j'aurais peut-être gagné un an et évité de voir 4 ou 5 M.D. et les frais à payer au privé. »*

L'utilisateur a aussi la responsabilité de s'éduquer sur le problème et d'apprendre de ce que les professionnels de santé lui disent. Il va aller chercher de l'information sur le problème, s'assurer de respecter le traitement et écouter les conseils qui lui sont dits. Un usager à propos de cela a mentionné:

*Usager 3 : « C'est de la manière dont je travaillais. J'en demandais beaucoup trop à mon corps. C'était ma faute. Quand j'ai rencontré le docteur, il m'a dit : "C'est toi, c'est ta façon de travailler, tu en demandes trop à ton corps et puis ça ne se guérit pas, ça, il va falloir que tu apprennes à vivre avec cela et que tu changes ta manière de travailler." »*

Les usagers 1 et 6 sont allés chercher de l'information. Ils ont mentionné :

*Usager 6 : « Moi, j'avais assez mal, il a fallu que je me renseigne. En fin de compte, mon médecin de famille me la dit : "C'est n'est pas moi, ce n'est pas moi qui vais prendre de décision". Il m'a dit : "Va faire de la physio", le physio m'a dit de demander au M.D. de me piquer pis ensuite j'avais toujours mal. Je me suis renseigné, je suis allé voir l'orthopédiste, ici. »*

*Usager 1 : « Il y a Internet aussi [en parlant de sources pour en apprendre sur le problème]. [...] En même temps, Internet n'a pas la vérité absolue. [...] On a le temps de faire des recherches pour que cela évolue. » (Considère que le traitement est très long, donc que les usagers ont beaucoup de temps pour se renseigner).*

Finalement, selon les usagers, le traitement idéal devrait inclure une éducation des usagers sur la façon de travailler, de bien se tenir et aussi une formation. Certains usagers ont mentionné :

*Usager 4 (en parlant de l'éducation) : « Aussi, qu'est-ce qui se produit dans le bras quand on force de cette façon, dans l'épaule, les coudes ? De se prendre une façon, le muscle, le tendon, travaille moins en se prenant d'une façon. »*

*Usager 2 : « Ça serait important que l'on aille plus d'information à la télévision, des moyens comme YouTube, d'aller voir. On peut plus savoir comment réagir, comment travailler au niveau santé-sécurité au travail. »*

*Usager 8 : « On aurait peut-être un visuel un petit peu. » (En parlant de capsules vidéo décrivant la TCR.)*

*Usager 12 : « C'est quand tu as ça [la TCR], tu te sens tout seul avec cela. Les autres, tes amis, ta famille, ils n'ont pas cela... c'est pour cela que les capsules [capsules vidéo explicatives de la TCR] je trouve cela intéressant parce que tu pourrais voir que tu n'es pas toute seule. »*

En résumé, les usagers n'ont pas les connaissances nécessaires afin de s'impliquer adéquatement dans sa prise en charge. Ils ont une connaissance ainsi qu'une compréhension de leur pathologie très simpliste et ils n'ont pas l'éducation nécessaire afin d'aider dans le traitement. Il est donc important que les usagers reçoivent de l'information de la part des différents professionnels, mais ces derniers ont aussi la responsabilité de s'éduquer et d'aller chercher les connaissances nécessaires.

En conclusion, voici un tableau des facteurs facilitant et représentant une barrière à la prise en charge selon ce que les usagers ont mentionnés précédemment. Ces facteurs représentent l'expérience vécu des usagers et ils ont pour effet d'aider à une bonne prise en charge ou bien de nuire à cette dernière.

<b>Résumé des facteurs facilitateurs et représentant une barrière à la prise en charge pour les usagers</b>	
<b>Facilitateur</b>	<b>Barrière</b>
La relation avec les physiothérapeutes	Structure du système de santé
La consultation au privé	La relation avec les médecins de famille
Avoir/recevoir de l'information pour développer ses connaissances	Manque de compétences des médecins de famille pour faire le diagnostic
Une éducation sur leur pathologie et sur la façon de vivre avec ce problème	Les connaissances des usagers à propos de leur problème

Tableau 3 : Résumé des facteurs facilitants et représentants une barrière à la prise en charge selon les usagers.

### **5.3 Résultats des groupes focalisés avec les professionnels de la santé**

Chez les professionnels, les éléments qui affectent la prise en charge de la tendinopathie à l'épaule par les professionnels de santé de première ligne peuvent se regrouper en trois thèmes principaux. Il s'agit de l'organisation du continuum de soins, la



connaissance générale des professionnels sur la pathologie ainsi que le contexte entourant la prise en charge des patients par les médecins.

### 5.3.1 L'organisation du continuum de soins

L'organisation du continuum de soins représente le point de vue des différents professionnels concernant les facteurs organisationnels dans le système de santé qui peuvent affecter le cheminement des usagers lors du traitement de la tendinopathie à l'épaule. Ces facteurs peuvent être reliés directement au système de soins qui n'est pas adapté pour traiter la tendinopathie à l'épaule, à la distance afin de recevoir les soins et à la collaboration interprofessionnelle dans le traitement.

Selon les professionnels, le système de soins de santé n'est pas optimal pour traiter ce type de pathologie. Dans un premier temps, comme les usagers, certains professionnels ont considéré que les usagers peuvent éprouver des problèmes à accéder au système de soins de santé. Un professionnel a mentionné les propos suivant concernant l'accès au système de soins de santé :

*Professionnel 5 (en parlant de l'accès à la physiothérapie au public) : « Ils ont raison pour l'accessibilité en physiothérapie. Ils n'en ont pas. »*

Dans un second temps, selon les professionnels, le système de soins n'est pas efficace pour les problèmes musculosquelettiques. Il n'y a pas de corridor efficace pour traiter ce type de pathologie. Ceci a fait en sorte que l'utilisateur n'était pas souvent à la bonne place au bon moment et qu'il n'était pas traité à l'instant opportun. Les professionnels ont mentionné les propos suivant sur ce problème:

*Professionnel 6 : « C'est que le système n'est pas disposé à mettre un corridor efficace et à mettre la bonne personne à la bonne place au bon moment. »*

*Professionnel 14 : « C'est rare que ça arrive [de voir les usagers au bon moment]. Les épaules traumatiques, si je pouvais toutes les voir dans la semaine, ça me ferait plaisir, c'est là qu'il faut les voir. Souvent, je les vois 6 mois plus tard, ils ont vu leur médecin, ils ont fait une infiltration la veille, la physiothérapie pendant 6 mois, ils*

*arrivent dans ton bureau, tu fais le diagnostic et ils ont une déchirure extensive de la coiffe. »*

Dans le but de pallier ce problème, une solution est ressortie de la part des professionnels. Afin de s'assurer que l'utilisateur emprunte le bon corridor, ces derniers pourraient utiliser un système déjà mis en place dans une autre région, soit la formation d'une personne-ressource (un praticien en musculosquelettique ou bien un physiothérapeute) qui dirigerait les usagers à la bonne place. Cette personne-ressource serait la première à voir l'utilisateur afin de le diriger dans le traitement. Voici ce que deux professionnels ont mentionné en lien avec cette solution :

*Professionnel 6 : « Il y a peut-être quelqu'un avant cela, que ce soit le médecin, si le médecin est bien formé, car il y a des médecins qui sont aussi bons que des physiothérapeutes. Il y a des médecins en musculo qui sont très, très bons. Donc, c'est vraiment d'avoir un corridor qui permet de suivre le cheminement dans le bon ordre. C'est qui la meilleure personne pour m'aider à faire évoluer le patient ? »*

*Professionnel 1 : « Avec ce point de vue organisationnel là, on avait travaillé à mettre en place une clinique multidisciplinaire, on avait comme modèle une à [le nom de la ville a été enlevé par souci de reconnaissance]. La demande arrive, l'infirmière regarde et trie le patient : ça, c'est plus physiothérapie, ça c'est plus orthopédiste, ça c'est plus médecin de famille. Ce triage-là se fait et les patients sont vus par la bonne personne. C'est difficile de mettre ceci en place. Une personne qu'il faut payer... Il y a toujours des investissements qui se font, est-ce que ça va être mis sur cela cette année ? »*

En plus du fait que l'utilisateur n'était pas toujours à la bonne place au bon moment, les modalités de diagnostic (IRM et autres) n'étaient pas accessibles pour l'utilisateur. Il y a trop d'attente. Un professionnels a mentionné :

*Professionnel 12 : « C'est surtout pour les ultrasons, une échographie de l'articulation. Ça aussi ce n'est pas tellement accessible. Tu essayes d'envoyer cela à l'hôpital, il y a de l'attente à n'en plus finir. »*

Selon ce que les professionnels qui ont participé à cette étude ont mentionné, la charge de travail des professionnels dans le système de soins de santé selon leur lieu ou contexte de pratique (sans rendez-vous, cabinet, clinique privée, réseau public, etc.) serait un facteur à considérer, car elle faisait en sorte qu'ils n'avaient pas toujours le temps voulu avec l'utilisateur pour bien le questionner. Ceci a été remarqué chez les médecins de famille (les médecins de famille avaient moins de temps pour voir les patients lorsqu'ils faisaient du sans rendez-vous comparativement à la clinique de consultation externe) et les physiothérapeutes. Un médecin de famille et un physiothérapeute ont mentionné les propos suivant concernant la charge de travail :

*Professionnel 14 (médecin de famille) : « J'ai fait du sans rendez-vous pendant des années et je voyais 6, 8 patients à l'heure et quand on arrivait à un problème d'épaule, c'était un petit cas facile, fais-moi ça et ça, 3 et 4 singeries, ok tu as une tendinite, anti-inflammatoire et va voir le physio, c'est fini. Aujourd'hui, mes cas d'épaules c'est 45 minutes la première évaluation. C'est 45 minutes, je pense que j'ai plus d'expérience et de connaissances qu'avant et je manque encore de temps. »*

*Professionnel 13 (physiothérapeute) : « Si je prends, par exemple, les cliniques qui vont voir 3 patients à l'heure avec des patients de CSST en arrêt de travail. On s'entend que la qualité du service n'est pas optimale pour moi. C'est sûr que ça va faire en sorte que le patient va développer une problématique plus chronique si la prise en charge n'est pas optimale. C'est sûr que oui, la charge de travail peut influencer la qualité du service. »*

Toujours en lien avec le système, il a été remarqué, par l'ensemble des professionnels, qu'il existe une différence entre les soins de santé accessibles dans le secteur privé et ceux offerts dans le système de soins de santé public en ce qui concerne les soins de physiothérapie. En effet, les professionnels ont mentionné que le temps d'attente au public est plus long et cela diminue l'efficacité de la prise en charge, car les usagers ne sont pas nécessairement vus dans un délai de temps idéal. De plus, cela pourrait faire en sorte que la problématique devienne plus complexe. La cause pourrait être le manque de ressources publiques de soins de physiothérapie et le fait que les usagers sans assurance et n'ayant pas la capacité de payer les

frais du privé vont directement au service public. Les professionnels ont mentionné sur ce sujet :

*Professionnel 4 : « C'est sûr qu'au privé, c'est clairement plus facile, il n'y a pas de liste d'attente, ça va rapidement, on dirige les patients, mais il faut avoir les moyens financiers. Nous, les gens qui viennent nous voir [au public] n'ont pas les moyens d'aller au privé. »*

*Professionnel 15 : « Un des enjeux, c'est que les patients n'ont pas d'assurances et que le milieu hospitalier prend trop de temps. »*

Le coût relié au traitement de physiothérapie au privé a fait en sorte que les professionnels avaient l'impression que les usagers utilisant ce service s'investissaient plus dans le traitement. Ils voulaient diminuer le nombre de rencontres le plus possible afin de diminuer le coût. Les professionnels ont mentionné sur ce projet :

*Professionnel 2 : « Je pense aussi que malgré tout, si tu es prêt à payer, tu vas plus t'investir dans les exercices. Je pense que cela compte aussi. Tu sais que tu payes chaque fois, tu ne vas pas t'arranger pour venir 20 fois si tu as besoin de 10 fois. »*

*Professionnel 12 : « Je te dirais que tu mets deux individus avec la même pathologie identique, un qui paye ses traitements et l'autre non, habituellement, celui qui paye va guérir un peu plus vite. »*

Aussi, dans le secteur public, les professionnels doivent travailler plus pour avoir un lien de confiance avec l'utilisateur, car pour l'utilisateur, le physiothérapeute lui est imposé tandis qu'au privé s'est l'utilisateur qui va voir le physiothérapeute. De plus, selon les professionnels rencontrés, la confiance entre les usagers et les professionnels était un facteur important de la prise en charge dans le contexte des soins de la TCR. Les citations suivantes reflètent cette idée de confiance envers le physiothérapeute selon le type de soins (privé/public) :

*Professionnel 6 : « Nous, à l'externe, pour l'avoir vécu au public versus le privé, le lien thérapeutique est plus difficile à aller chercher au public, car au privé le patient venait me voir moi, il y avait déjà un lien de confiance d'établi. Ici, dans le public, le patient vient en physiothérapie et ne sait pas sur qui il va tomber. Moi je lui suis*

*imposé. J'ai un travail un peu plus dur pour le lien thérapeutique, mais c'est vrai que le savoir-être, le côté relationnel prend une place. »*

*Professionnel 13 : « Je dirais beaucoup que la confiance que le patient va avoir pour l'intervenant va influencer l'adhérence au traitement et il va s'impliquer à ce moment-là. »*

En revanche, malgré tout cela, selon les professionnels, il n'y aurait pas de différence dans la qualité des soins offerts au public et au privé. Par exemple, un orthopédiste a mentionné ceci lors du groupe de discussion :

*Professionnel 7 : « La question, c'est quand tu rencontres quelqu'un, le même patient qui est allé au privé ou qui est allé au public, lorsque tu le vois pour le résultat de la physiothérapie, est-ce que ça rentre dans ce qu'il devait faire ? J'ai un peu de difficulté à voir une différence, personnellement. Peut-être qu'ils sont plus motivés au privé parce qu'ils payent. J'ai l'impression de voir cela, mais sur le résultat réel je ne suis pas convaincu. »*

Un autre facteur pouvant affecter l'organisation du continuum de soins est la distance pour recevoir les soins. Cette distance représente le déplacement que doit faire l'utilisateur afin de se rendre chez le professionnel pour être traité. Concrètement, une distance plus grande entre le lieu de résidence de l'utilisateur et la clinique du professionnel va affecter la façon dont les soins seront donnés et le nombre de séances auxquelles l'utilisateur sera prêt à participer chaque semaine en physiothérapie. Cependant, ceci n'a affecté en aucun cas l'assiduité de l'utilisateur au traitement et son évolution dans le traitement. (Professionnel 3, 7, 9, 11, 13, 14 et 15). Par exemple, en ce qui concerne la distance, un professionnel a mentionné :

*Professionnel 3 : « Je travaille en territoire rural, il n'y a pas grand choix comme à Sherbrooke en physiothérapie. Ils vont aller à celle [la clinique] qui est la plus proche et s'ils vont au public, il y en a qui doivent faire plus de 30 km pour s'y rendre. Des fois, même l'option d'aller en physiothérapie est discutable. Des fois, il y a des enjeux financiers associés au public. C'est rendu que j'ai une banque d'exercices que je donne, mais je dis que cela ne remplace pas l'évaluation faite par un physiothérapeute. »*

En ce qui concerne l'assiduité des traitements dans le contexte de la distance, d'autres professionnels ont mentionné :

*Professionnel 14 : « Ça n'en fait pas pour autant un patient qui est moins assidu [en parlant d'une présence moins régulière à la clinique de physiothérapie]. »*

*Professionnel 13 : « Si tu lui donnes son programme d'exercices et qu'il le fait bien à la maison, il va évoluer autant. »*

Le troisième thème pouvant être relié à l'organisation du continuum de soins est la prise en charge de l'utilisateur par les différents professionnels. En effet, il y avait un consensus de la part des différents professionnels sur le fait qu'il est primordial que le travail de prise en charge soit fait en équipe. Les acteurs (les professionnels et les usagers) devaient travailler ensemble s'ils voulaient que l'utilisateur reçoive le meilleur traitement possible. Il était important que chaque acteur coopère en plus d'avoir une bonne relation, une bonne collaboration et une bonne communication. Ceci a permis d'optimiser le traitement pour l'utilisateur. Les physiothérapeutes ont mentionné les propos suivants concernant l'importance de la relation entre les différents professionnels et les usagers :

*Professionnel 6 (physiothérapeute en parlant de la relation avec le médecin de famille) : « C'est aussi là que l'on se trouve entre deux feux [lorsqu'il constate que le diagnostic n'est pas le bon]. L'objectif est de maintenir le lien thérapeutique avec le médecin qui propose cela et nous, on veut aussi le lien thérapeutique avec le patient. »*

*Professionnel 4 (physiothérapeute en parlant de la relation avec les usagers) : « Déjà, on est en relation avec les patients. On prend beaucoup de temps, on leur explique le problème, on leur montre les exercices et eux, ils les font. On travaille fort pour établir quelque chose et la plupart des gens, 99 %, sortent et ils sont super contents. Ils sont contents et se disent : "Au moins je sais ce que j'ai, j'ai été vu, j'ai plein de bagages pour travailler chez nous." Ils nous rappellent lorsqu'on leur demande de nous donner des nouvelles. On a pris le temps, on leur a bien enseigné et je crois que cela fait une grosse différence. »*

Comme le mentionne les citations suivante, la collaboration entre les différents professionnels a été autant mentionnée par les physiothérapeutes que les médecins de famille :

*Professionnel 12 (médecin de famille en parlant de la collaboration avec le physiothérapeute) : « S'il [l'utilisateur] commence avec un physiothérapeute avant de venir me voir moi, ça me fait bien plaisir. Le physiothérapeute va m'envoyer un papier pour me le dire, c'est toujours gentil, il pose une question (que pensez-vous d'une investigation radiologique ?) »*

*Professionnel 11 (physiothérapeute en parlant de collaboration avec les professionnels) : « De toute façon, le physiothérapeute et l'orthopédiste s'y connaissent plus alors ils vont le diriger vers eux autres. Ils vont s'arranger avec ça. Il y a des médecins qui me disaient directement cela. »*

*Professionnel 9 (physiothérapeute en parlant de collaboration avec les professionnels) : « Je pense que l'on [physiothérapeute] est outillé pour faire une bonne analyse biomécanique, pour déterminer avec quel type de pathologie on a affaire et l'orienter [l'utilisateur] au besoin si c'est plus sérieux. »*

La communication entre les différents professionnels a aussi été un élément qui est ressorti autant chez les médecins de famille que les physiothérapeutes selon les citations ci-après :

*Professionnel 5 (médecin de famille en parlant de la communication avec les physiothérapeutes) : « Si vous avez de mes patients et que vous êtes perplexe devant la situation, appelez-moi. J'aime ça communiquer avec les intervenants. Je suis accessible, je ne veux pas parler pour tous. C'est peut-être sous-estimé, l'accessibilité. »*

*Professionnel 2 (physiothérapeute en parlant de la communication entre physiothérapeutes et médecins de famille) : « Je vous encourage à communiquer avec le physiothérapeute lorsque vous voyez que ça ne marche pas pour voir le plan de traitement et si vous voyez que ça ne marche pas, ça se discute. Je pense que la collaboration est à privilégier. »*

Donc, le travail d'équipe entre les différents acteurs est primordial afin de s'assurer que l'utilisateur reçoive le traitement optimal et qu'il soit vu par les bonnes personnes dans le système. Cependant, étant donné que le système n'est pas adéquat, ceci peut nuire à l'établissement d'une bonne coopération entre les acteurs. De plus, la prise en charge des usagers par les professionnels va être affectée par la charge de travail des professionnels qui varie en fonction du milieu de pratique, par les soins reçus au privé ou au public et par la distance afin de recevoir les soins. La charge de travail va affecter le temps disponible que peut donner le professionnel à l'utilisateur. Les soins privés vont engendrer une dépense pour l'utilisateur, mais il y a moins d'attente et les professionnels ont l'impression que l'utilisateur s'implique plus dans le traitement. En ce qui concerne les soins publics, il est plus difficile pour les professionnels de créer le lien thérapeutique avec les usagers. Finalement, la distance que doit parcourir l'utilisateur afin de recevoir les traitements va affecter la prise en charge des professionnels, car ils devront adapter leur traitement à la situation de l'utilisateur. Le prochain point qui a émergé des groupes de discussion professionnels représente la connaissance et la responsabilité des différents professionnels dans la prise en charge des usagers pour les tendinopathies de l'épaule.

### **5.3.2 La connaissance et la responsabilité partagée de la prise en charge**

Le deuxième thème général est la connaissance des professionnels et leur responsabilité. Il s'agit de la connaissance que les professionnels ont directement sur la TCR et de leur responsabilité dans la prise en charge de TCR selon eux.

#### *La connaissance*

Dans un premier temps, selon nos participants professionnels, les connaissances sur la TCR variaient d'un type de professionnel à l'autre. En effet, selon eux, les physiothérapeutes avaient une connaissance plus approfondie de la pathologie que les médecins de famille. Ils avaient une connaissance en ce qui concerne l'affection du tendon et la pathologie. Les connaissances plus concrètes sur cette pathologie sont ressorties uniquement lors des groupes de discussion de la part des physiothérapeutes. Ces derniers ont mentionné :



*Professionnel 11 : « C'est une affection du tendon. Souvent, on va avoir un profil inflammatoire, un profil plus usure. Souvent plus usure qu'inflammation. Ça comprend les deux. »*

*Professionnel 2 : « J'ai confiance que si on essaye de renforcer comme il le faut le micro trauma à répétition, la pathologie va se guérir, ça va lui donner la chance de guérir. »*

*Professionnel 6 : « Tu as le problème du tendon qui peut être juste enflammé et le problème du tendon qui peut être en dégénérescence qui s'en va vers la tendinose. C'est sûr que nous, en physiothérapie, le traitement n'est pas le même. »*

De plus, il y avait souvent un problème de diagnostic. L'utilisateur n'avait pas toujours le bon diagnostic. Les médecins de famille ont mentionné qu'ils sont confrontés à une variété de conditions de santé et que les problèmes à l'épaule ne comptent que pour une partie des conditions qu'ils ont à traiter. Il est donc difficile pour eux d'avoir les connaissances qu'ont les physiothérapeutes sur cette pathologie. Les médecins de famille ont mentionné :

*Professionnel 14 : « Souvent, l'aspect diagnostic, c'est mon expertise, l'aspect diagnostic est souvent tardif. Des choses aussi simples, souvent le patient arrive à mon bureau et il n'a pas le bon diagnostic. On parle de tendinopathie, est-ce que l'on inclut les pathologies de la coiffe ? Parce que ce n'est pas pareil. Où arrête la limite de la tendinopathie ? »*

*Professionnel 12 : « Souvenez-vous que les médecins doivent être bons dans tellement d'affaires qu'ils ne peuvent pas être bons dans tout. »*

Selon les professionnels rencontrés (consensus de la part de tous les professionnels), les médecins de famille n'ont pas de formations appropriées en ce qui concerne les problèmes musculosquelettiques et ceci est une cause importante de leur manque de connaissances sur ce problème. Les médecins de famille ont dit, en parlant de la formation :

*Professionnel 12 : « La formation des médecins est lacunaire. »*

*Professionnel 14 : « Il n'y a pas de formation chez les médecins. »*

*Professionnel 8 : « On n'a jamais eu la formation, certainement dans le temps, pour donner des directives, on ne l'a jamais eue. On ne voit absolument rien. Je trouve cela un peu prétentieux de faire semblant de diagnostiquer. Donc, c'est très difficile, ça complique un peu la communication. Les physiothérapeutes en savent beaucoup plus que nous. »*

Finalement, les connaissances sur la TCR vont évoluer en fonction de l'intérêt que porte le professionnel sur ce problème. Donc, un professionnel qui a un intérêt plus grand pour ce type de problème va chercher à développer des compétences en lien avec ce problème afin de mieux le comprendre et être en mesure de mieux le traiter. Un professionnel a mentionné les propos suivants concernant l'intérêt sur ce problème de santé :

*Professionnel 15 : « Effectivement, je pense que parmi les intervenants, ceux qui ont un intérêt pour l'épaule vont avoir une compétence qui est plus homogène. Tandis que chez les médecins de famille, on va voir beaucoup de variabilité dans l'intérêt sur la pathologie. Quand on a la chance d'avoir des médecins qui sont intéressés, ils vont avoir eu des infiltrations, des traitements de physiothérapie, des imageries, etc. Donc, il y a beaucoup de variabilité chez les médecins de famille. »*

Les professionnels ont constaté aussi que les usagers n'avaient pas de connaissances appropriées sur ce problème. Ceci faisait en sorte que la prise en charge n'était pas optimale, car l'utilisateur fait partie intégrante du traitement. Les professionnels ont mentionné sur ce sujet :

*Professionnel 2 : « Des fois, les patients oublient ce qu'ils se sont fait dire, que c'est important de faire les exercices. Ce petit bout-là n'embarque pas, ils ont plus mal. Ils passent eux-mêmes à l'étape suivante, qui est le retour au travail, et le mal revient et il se réinfiltre. »*

*Professionnel 1 : « Je crois que c'est difficile, parce que c'est l'éducation aussi chez les gens qui se parlent dans l'ascenseur et qui se disent : "Moi j'ai une tendinite", ça fait partie de la population quand ils se parlent, de dire cela, alors que ce n'est pas vraiment cela. »*

Il en va de soi que l'une des tâches des professionnels est d'éduquer l'utilisateur afin qu'il soit en mesure de bien comprendre son problème.

Les connaissances étaient considérées comme un facteur important dans la prise en charge selon l'ensemble des professionnels. En lien avec cela, l'éducation des usagers et des professionnels était aussi très importante. Les propos suivants des professionnels appuient cela :

*Professionnel 2 : « Le patient qui a mal et qui a un début de tendinite, si c'était plus connu, dès que tu as mal, il y a quelque chose à faire. Peut-être qu'il y aurait moins de chronique et il y aurait un taux de succès plus grand. J'essaye de voir si c'est le médecin, ou les messages de santé publique, et comment le message pourrait passer. Je crois que s'il y avait un accès plus vite en physiothérapie ou vers d'autres professionnels, ça aiderait. Je ne pense pas que les physiothérapeutes sont les seuls, mais ils ont un bon succès. »*

*Professionnel 1 : « L'éducation du patient et des soignants pour diriger au bon moment. »*

### *La responsabilité des professionnels*

En ce qui concerne le rôle des différents professionnels et des usagers dans la prise en charge de la TCR, il varie d'un acteur à l'autre. Le rôle correspond à l'implication et la tâche d'un professionnel ou d'un usager afin de rendre optimal le traitement de la tendinopathie.

L'utilisateur a une part importante dans la prise en charge de son problème à l'épaule. En effet, il est primordial que l'utilisateur s'investisse dans son traitement, qu'il s'implique dans son éducation et dans la réalisation des exercices que les professionnels vont lui donner. Il s'agit d'un facteur important de la prise en charge. Un usager qui s'implique va avoir un succès plus grand (corroboré par l'ensemble des professionnels). Les professionnels ont mentionné :

*Professionnel 2 : « Il y a une partie du patient qui doit se conscientiser à faire quelque chose. »*

*Professionnel 7 : « Ça prend un investissement aussi. » (En parlant du patient dans le traitement.)*

*Professionnel 2 : « Je crois vraiment que, même si la personne arrive avec 20° d'abduction active et a une douleur évaluée à 10/10, si elle est prête à se prendre en main, si on a une bonne collaboration, les bonnes interventions au bon moment, ça peut aller aussi vite que la personne qui à 90°. »*

Cependant, selon les professionnels, il y avait des usagers qui étaient passifs dans le traitement. Ils ne s'impliquaient pas suffisamment et ils devaient comprendre qu'ils étaient dans l'obligation d'être plus actifs et impliqués. Un professionnel a démontré ce point selon les propos suivants :

*Professionnel 10 : « Ça va dépendre de ce qu'on leur fait comprendre la première fois qu'ils viennent. C'est important qu'ils comprennent qu'ils doivent être impliqués et qu'ils ont une grosse part du travail à faire et que l'on va être là pour les assister, les guider, les amener à bon port. Je pense que ça part beaucoup de là. »*

Les professionnels percevaient que la tâche d'expliquer à l'utilisateur qu'il devait s'impliquer dans son traitement devrait être partagée par l'ensemble des professionnels. En revanche, selon nos participants, les physiothérapeutes auraient un rôle plus important à jouer dans l'éducation et l'accompagnement des usagers. Il se peut que la tâche d'aider l'utilisateur afin qu'il s'implique dans le traitement revienne plus au physiothérapeute, car c'est de lui que l'utilisateur recevra les exercices à faire. Cependant, cette tâche devrait être aussi une responsabilité de tous les professionnels, car la prise en charge doit être faite en équipe.

En ce qui concerne les autres responsabilités du physiothérapeute, il doit avoir la tâche de traiter l'utilisateur, de l'outiller, de s'assurer qu'il guérisse dans les meilleurs délais et de lui montrer que le traitement fonctionne. Les propos ci-après en lien avec la responsabilité des physiothérapeutes ont été mentionnés :

*Professionnel 2 : « Je pense que c'est aussi notre travail de souligner au patient que ce que l'on fait donne un résultat et que ça vaut la peine de se déplacer et de prendre le temps que ça prend pour guérir. Je pense que l'on a notre rôle de dire que ça vaut la peine de prendre ce temps, des fois. »*

*Professionnel 13 : « Il faut faire de l'éducation, la biomécanique. Ça a été démontré dans la documentation. Il faut prendre le temps de saisir un squelette et d'expliquer*

*c'est quoi une épaule et comment les muscles fonctionnent, où ils passent. Ça fait que le patient est plus éduqué et qu'il peut comprendre, mais cela prend du temps. »*

Le physiothérapeute a aussi la responsabilité d'adapter le traitement à l'utilisateur, d'avoir une bonne attitude et de le motiver afin qu'il progresse dans le traitement. Les physiothérapeutes ont mentionné : *Professionnel 11 : « Ça dépend toujours. C'est sûr que s'il y a un manque de contrôle, on va travailler le contrôle, que s'il y a un manque de force, on travaille la force. Si c'est en aigu, je ne lui ferai pas faire un renforcement. Ça va dépendre de la phase, de la gravité. Si on remarque une brûlure ou une douleur vive, on va diriger l'utilisateur plus en écho, vers un médecin. »*

*Professionnel 9 : « Étant donné que c'est un long processus, il faut constamment les motiver à rester actifs. Je trouve que c'est un gros défi à chaque visite, je passe beaucoup de temps à les motiver, à vérifier leurs exercices. Ils font 3 semaines d'exercices, ils trouvent qu'ils ne sont pas mieux, ils sont découragés, ils veulent tout arrêter parce qu'ils n'ont pas eu de résultats. Il faut leur expliquer, passer beaucoup de temps, c'est long. »*

Finalement, plusieurs professionnels ont considéré que les utilisateurs avec un problème à l'épaule devraient voir le physiothérapeute en premier, car ce dernier a plus de connaissances sur ce type de problème (les professionnels ont mentionné dans la section connaissance que les physiothérapeutes étaient plus informés sur la problématique). Il a été mentionné lors des groupes de discussion les propos suivants sur ce point :

*Professionnel 9 : « Je pense que le client devrait voir le physiothérapeute d'abord. »*

*Professionnel 14 : « Je suis d'accord avec ce que vous dites, les physiothérapeutes vus en première ligne. » (En parlant du fait que les physiothérapeutes devraient être vus en premier.)*

Selon les médecins de famille, leurs responsabilités consisteraient à suivre le traitement défini pour ce type de pathologie, de diriger l'utilisateur dans les meilleurs délais et de bien communiquer avec ce dernier. De plus, ils devraient aussi avoir la responsabilité d'accompagner l'utilisateur, mais ils ne possèdent pas les moyens (manque de connaissances) et n'ont pas toujours le temps pour le faire. Les professionnels ont mentionné les dires

suivants en lien avec la responsabilité des médecins de famille : *Professionnel 3 (en parlant de bien diriger les usagers) : « Je pense que si on les dirige rapidement et qu'ils peuvent y aller ça doit faire une différence. »*

*Professionnel 12 (en parlant des tâches du médecin de famille) : « Tu vas aller voir l'orthopédiste, j'ai mal à l'épaule, j'écris ça sur le papier et le patient va le porter pour voir l'orthopédiste. Il ne le rencontrera pas seulement avec ce diagnostic. Investigue-le comme il le faut, modalité thérapeutique, échec au traitement, il va le voir cela et faire les traitements appropriés. [Le médecin de famille à la tâche de s'assurer que l'utilisateur a fait tous les tests appropriés reliés à son problème] »*

*Professionnel 15 (en parlant d'accompagner l'utilisateur) : « Il y a beaucoup de patients qui éliminent le médecin de l'arbre thérapeutique alors que je pense qu'il a un très grand rôle, un rôle de chef d'orchestre qui va aider à gérer l'aspect travail, facteurs confondants, tabagisme, douleurs autres, et s'assurer que les infiltrations et les investigations appropriées aient été faites. »*

En revanche, la référence des usagers et l'accompagnement n'étaient pas toujours bien faits selon les professionnels. Ils mentionnent :

*Professionnel 15 (orthopédiste en parlant des usagers qu'il rencontre) : « Ils sont souvent dirigés précocement. Il y a en a beaucoup qui n'ont pas passé par la physiothérapie. »*

*Professionnel 5 (médecin de famille en parlant de l'accompagnement) : « On a quand même une contrainte de temps qui est là. On a beaucoup de pression pour voir le plus de patients possibles. Peut-être que ça prendrait des outils, une brochure sur ce qu'est la tendinopathie avec des explications, pour démystifier la cortisone. »*

En résumé, les connaissances des professionnels varient selon le type de professionnel. Les médecins de famille vont avoir des connaissances moins approfondies sur la TCR et cela peut être causé par le manque de formation. Ceci peut avoir comme effet que les usagers ne reçoivent pas le bon diagnostic dès le départ et augmentent le délai de prise en charge. Les physiothérapeutes ont généralement, une meilleure connaissance sur le problème et ils sont plus aptes de traiter l'utilisateur. En ce qui concerne les responsabilités, encore une fois, elles

varient selon les professionnels. Les médecins de famille, doivent référer l'utilisateur au bon moment, suivre l'utilisateur dans le traitement et s'assurer que ce dernier a reçu tous les traitements. Le physiothérapeute doit fournir le renforcement musculaire optimal pour l'utilisateur ainsi que d'éduquer et de motiver l'utilisateur. L'utilisateur doit s'assurer de suivre le traitement, de s'éduquer et d'être impliqué dans la prise en charge. En plus de tous ces facteurs, d'autres éléments qui affectent la prise en charge doivent être considérés. Ces facteurs sont présentés dans la prochaine section, soit le contexte entourant la prise en charge.

### 5.3.3 Le contexte entourant la prise en charge

Ce thème général représente un ensemble de facteurs importants aux yeux des professionnels et affecte grandement la prise en charge. Il s'agit de facteurs contextuels ou bien de caractéristiques à prendre en compte lors de la prise en charge.

Le premier facteur est relié au profil de l'utilisateur. En effet, les caractéristiques des usagers ont eu un impact sur la prise en charge des professionnels. Un professionnel a mentionné :

*Professionnel 1 : « La problématique homme, travailleur manuel, charpentier-menuisier, plombier-électricien, CSST. Ces hommes de 45 à 55 ans qui n'ont plus le temps d'apprendre un autre métier pour finir leur carrière et qui ont une pathologie d'épaule ne peuvent plus travailler. Alors qu'est-ce qu'ils peuvent faire ? C'est un limitant clair et c'est difficile de traiter la problématique pour que les patients soient satisfaits. Si on ajoute l'aspect CSST pour les jeunes et moins jeunes, c'est difficile. »*

De plus, les caractéristiques socioéconomiques des usagers sont ressorties comme un élément important. La capacité de payer pour des traitements va influencer la capacité des usagers à aller chercher certains traitements, surtout au privé. Ceci augmente le nombre d'usagers dans le réseau public et, par le fait même, le délai avant qu'ils puissent consulter pour leur problème à l'épaule. Les professionnels ont mentionné les dires suivants concernant les caractéristiques socioéconomiques :

*Professionnel 15 : « Je dirais que les caractéristiques socioéconomiques sont plus importantes. Entre autres, notre population qui n'a pas les moyens financiers. »*

*Professionnel 10 : « Je pense que ça revient encore plus avec l'argent. Il peut habiter loin et venir tout le temps, mais il peut habiter proche et dire : "Je n'ai pas l'argent alors je vais venir 1 fois ou 2, montre-moi des exercices." »*

Le deuxième facteur est un ensemble de facteurs qui sont de plus en plus émergents selon les professionnels et qui prennent de plus en plus de place. Il s'agit des facteurs psychosociaux. Ces facteurs sont de plus en plus importants et ils sont non négligeables si on veut une prise en charge optimale. Les facteurs psychosociaux concernent tous les aspects entourant l'utilisateur, mais qui ne sont pas reliés directement à sa pathologie. Concrètement, les professionnels ont défini les facteurs psychosociaux comme étant des problèmes de retour au travail (poste de travail adapté, relation avec ses collègues, etc.) et des facteurs qui affectent socialement l'utilisateur. Un physiothérapeute va mentionner, en parlant des facteurs psychosociaux :

*Professionnel 13 : « Le travail, le type de charge de travail, l'employeur, est-ce qu'il y a un poste qui peut être adapté pour lui, est-ce qu'il y a un lien avec les autres employés avec qui il travaillait, tout cela a été démontré. Si c'est sa femme qui est toujours allée porter son papier du médecin, c'est sûr que l'on a des problématiques de retour au travail. Il faut gagner le patient pour qu'il retourne faire un contact avec l'employeur. Tous ces facteurs-là, que ce soit nous, comme professionnels, que ce soit l'employeur ou l'assureur, ce sont tous des facteurs dont le patient n'est pas toujours conscient, mais il va rester en chronicité et c'est là qu'il faut agir et lui faire prendre conscience qu'il a du pouvoir, à telle place, et qu'il doit se mettre en action. »*

Le troisième facteur concerne le profil des professionnels. En effet, certains professionnels devaient travailler plus fort avec l'utilisateur afin de créer un lien de confiance avec ce dernier. Un professionnel a mentionné :

*Professionnel 11 (approuvé par le professionnel 13) : « Les caractéristiques sont très importantes. Je suis plus jeune que tout le monde ici, j'ai 4 ans d'expérience. Il y a des patients qui entrent dans mon bureau et c'est le challenge, ils te posent des questions pour savoir si tu connais ton affaire parce que tu es plus jeune. Il faut que je prouve cela pour qu'il écoute ce que je vais lui dire. »*



Le quatrième facteur est le rôle social des usagers. Les professionnels doivent adapter leur intervention et les traitements qu'ils donnent aux usagers selon l'horaire de ces derniers et leur disponibilité. Un professionnel a mentionné les propos suivant en lien avec le rôle social :

*Professionnel 14 : « Absolument. Il faut en prendre conscience [rôle social]. On va s'adapter, les gens ont des horaires. La mère de famille qui a 4 enfants, tu peux difficilement lui faire prendre 4 rendez-vous. On sait c'est quoi. Je pense que cela a un impact aussi. »*

Finalement, le dernier facteur est le diagnostic du problème. Il s'agit, pour certains, du facteur le plus important. Il est primordial d'avoir le bon diagnostic afin d'être en mesure de diriger les usagers vers le bon professionnel. Il a été mentionné concernant l'importance du bon diagnostic:

*Professionnel 1 : « Je poserais le diagnostic. Dans le sens où savoir poser le bon diagnostic va permettre de diriger au bon endroit au bon moment le patient et cela n'est pas facile. »*

*Professionnel 6 : « Je suis d'accord. Ce que je mettrais en parallèle est la précision du diagnostic et l'orientation de l'utilisateur vers le bon corridor, après. De choisir la bonne personne. »*

En résumé, une série d'autres facteurs doivent être considérés lors de la prise en charge. Ces facteurs sont les caractéristiques de l'utilisateur (physiques, psychologiques, économiques, relationnelles, professionnelles, leur rôle social, etc.), les caractéristiques des professionnels (formations, physiques, expérience, etc.) et l'importance de fournir le bon diagnostic le plus tôt possible.

En conclusion, voici un tableau des facteurs facilitant et représentant une barrière à la prise en charge selon ce que les professionnels ont mentionnés précédemment. Il s'agit de facteurs auxquels les professionnels ont été confrontés durant leur pratique. Ces facteurs peuvent être considérés comme facilitant ou bien représenter une barrière selon l'expérience vécue. En effet, le coût du traitement est autant un facilitateur qu'une barrière à la prise en charge, car il augmente l'implication des usagers dans le traitement. Cependant, il représente aussi une

barrière à la prise en charge, car les usagers n'ayant pas les moyens financiers ne peuvent consulter le service privé.

<b>Résumé des facteurs facilitateurs et représentant une barrière à la prise en charge pour les professionnels</b>	
<b>Facilitateur</b>	<b>Barrière</b>
Accessibilité des soins au privé	Structure du système de santé
Le coût du traitement	L'accès aux modalités de diagnostic
Travail d'équipe	La charge de travail
Connaissances des physiothérapeutes sur la TCR	Accessibilité des soins au public
Le bon diagnostic de la TCR	Le coût du traitement
L'implication des acteurs dans le traitement	L'environnement de travail
Assiduité au traitement	Connaissances des médecins de famille et des usagers sur la TCR
	Caractéristiques des professionnels et des usagers
	Les facteurs psychosociaux, socioéconomiques et le rôle social des usagers

Tableau 4 : Résumé des facteurs facilitants et représentants une barrière à la prise en charge selon les professionnels.

## **CHAPITRE 6 : DISCUSSION**

Ce mémoire s'intéresse aux différents facteurs pouvant influencer la prise en charge des usagers atteints de la TCR. Nous avons utilisé un cadre conceptuel afin de définir les facteurs jouant un rôle dans la prise en charge. La documentation scientifique mentionne que plusieurs facteurs peuvent affecter la prise en charge des usagers par les professionnels de santé de première ligne. En effet, ces facteurs sont reliés aux usagers, aux professionnels, à l'organisation et au contexte. Donc, sous la forme de groupes de discussion et avec l'aide du cadre conceptuel, nous avons cherché à définir et à comprendre les facteurs dans notre population qui peuvent influencer la prise en charge. Tout d'abord, dans ce chapitre, nous faisons une synthèse des résultats en lien avec les facteurs présents dans notre cadre conceptuel. Ces facteurs seront discutés en faisant référence aux écrits de la littérature sur le sujet. Deuxièmement, nous détaillons d'autres facteurs qui sont ressortis des groupes de discussion et qui ne sont pas présents dans notre cadre conceptuel. Finalement, cette section se termine avec les forces, les limites et l'utilité de notre recherche dans le futur pour l'organisation des soins par les professionnels de santé de première ligne en ce qui concerne la TCR.

### **6.1 La prise en charge selon les concepts du cadre conceptuel**

Tout d'abord, la prise en charge des usagers consultant les soins de première ligne pour une TCR est bel et bien affectée par une multitude de facteurs pouvant être regroupés sous les différents concepts définis dans le cadre conceptuel.

#### **6.1.1 Les facteurs liés aux usagers et aux professionnels**

La pathologie, soit la TCR, est ressortie dans les écrits scientifiques comme un facteur pouvant affecter la prise en charge. Son intensité et sa complexité vont affecter directement la santé de l'utilisateur dans plusieurs aspects de sa vie (Gillespie et al., 2017; Minns Lowe et al., 2014; Nyman et al., 2012). Cela va causer une diminution des fonctions dans ses activités quotidiennes, au travail, dans les sports et dans ses loisirs (Gillespie et al., 2017; Minns Lowe et al., 2014). En effet, les usagers qui sont affectés par la TCR de notre échantillon ont ressenti des impacts sur leur vie personnelle, leur qualité de vie et, ultimement, constater une

détérioration de leur état de santé. Ils ne peuvent plus effectuer des tâches ou des activités quotidiennes qu'ils pouvaient réaliser avant leur blessure.

Les caractéristiques de l'utilisateur influencent les professionnels dans le choix de la prise en charge optimale pour chaque usager. Il s'agit de caractéristiques telles que la classe sociale, l'âge, le sexe, le revenu, etc. (Eisenberg, 2002; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Pineault et al., 2017) Ce facteur est ressorti lors des groupes de discussion comme un point important à considérer par les professionnels qui peut affecter la prise en charge de l'utilisateur. Le sexe de l'utilisateur, son type de travail, son âge, son agent payeur (CSST, assurance privée, etc.) ainsi que ses moyens financiers vont affecter le traitement que l'utilisateur va recevoir. En ce qui concerne les moyens financiers de l'utilisateur, un usager ayant des moyens financiers restreints aura de la difficulté à aller chercher certains traitements, plus particulièrement des traitements au privé. Donc, un usager n'ayant pas les moyens financiers pour une consultation au privé devrait attendre une consultation dans le réseau public qui est déjà bien chargé et augmente ainsi le délai de prise en charge.

La vie professionnelle, soit le travail, l'horaire de travail et les disponibilités de l'utilisateur peut affecter la prise en charge (Hollinshead, 1982b; Kontopantelis et al., 2010; Nyman et al., 2012). Lors des groupes de discussion, il est ressorti des témoignages que le rôle social des usagers va affecter la prise en charge, car les professionnels devront adapter les traitements en fonction de l'horaire, des tâches et des disponibilités des usagers. De plus, les professionnels mentionnent qu'une série de facteurs psychosociaux va affecter la prise en charge et la guérison de l'utilisateur. Ces facteurs concernent principalement des facteurs sociaux et des problèmes pouvant avoir lieu lors du retour au travail (relation avec ses collègues et ses supérieurs, poste de travail adapté, etc.). Les facteurs psychologiques sont connus dans la documentation et ils sont à considérer dans la prise en charge des usagers (Bué et al., 2008; Bültmann et al., 2009; Christensen et al., 2018; Durand et al., 2014; Durand et al., 2016; Franche et al., 2005; Stock et al., 2013; Williams et al., 2007). Donc, lors de la prise en charge, il est important de considérer la vie professionnelle et les rôles sociaux de l'utilisateur, mais aussi les facteurs psychosociaux afin de maximiser la prise en charge et ainsi favoriser le retour au travail.

Les croyances et l'expérience personnelle des usagers vont influencer la perception qu'ils ont de leur problème ainsi que leur réponse et leur satisfaction des traitements (Browne K et al., 2010; Foster et al., 2010; Gillespie et al., 2017; Hush et al., 2011; Nijs et al., s. d.; Nyman et al., 2012; Reme et al., 2009). Globalement, les usagers de notre échantillon ont une perception et une connaissance vagues de leur problème (douleur persistante, manque de repos, mouvement répétitif, etc.) qu'ils n'associent pas à la TCR avant d'en être informés par les professionnels. Ils vont développer leur perception et leur croyance selon les expériences vécues par les membres de leur famille et leur propre expérience sans toutefois relier cela à un potentiel problème de santé. Ce type de connaissance est très général et ne reflète aucunement les connaissances appropriées reliées à ce problème, car les usagers peuvent penser que la douleur va se dissiper et ne consulteront pas leur médecin de famille au moment opportun. Ceci augmente donc le délai de traitement et peut causer une prise en charge plus ardue. De plus, l'utilisateur fait partie intégrante du traitement. En effet, l'utilisateur a un rôle important à jouer dans le traitement selon les professionnels rencontrés. Donc, il doit développer de bonnes connaissances sur le problème s'il veut optimiser la prise en charge.

La relation entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la TCR (usagers, médecins de famille et physiothérapeutes) est un point très important mentionné autant lors des groupes de discussion que dans la documentation scientifique (Freeman & Sweeney, 2001; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Tracy et al., 2003). En effet, tous les acteurs doivent avoir une bonne relation entre eux afin que le traitement soit optimal. Cependant, cette relation varie entre les usagers et les différents professionnels auxquels ils sont jumelés. Le rapport entre les usagers et les médecins de famille est variable. Il n'est pas optimal et cela affecte la prise en charge. Selon les usagers, les médecins de famille ne croient pas toujours les usagers à propos de leur problème lorsqu'ils se présentent à leur consultation. Les usagers doivent insister et confronter leur médecin de famille pour être crus et ainsi recevoir des traitements. Toutefois, cela ne fonctionne pas toujours et les usagers doivent aller chercher des traitements par leurs propres moyens (consultation en clinique privée). Cette réticence nuit à la relation entre ces acteurs et elle est contradictoire aux atouts importants d'une bonne relation. En effet, pour augmenter le succès du traitement et la vitesse de résolution, un bon soignant devrait avoir de bonnes connaissances, de bonnes qualités de communicateur et être quelqu'un en qui l'utilisateur peut avoir confiance (Brown et al., 2015; Kim et al., 2017; Nyman

et al., 2012). Le rapport entre les usagers et les physiothérapeutes est généralement meilleur. Les usagers trouvent que les physiothérapeutes sont plus compétents, qu'ils donnent plus d'informations, qu'ils prennent le temps d'expliquer le problème et qu'ils s'impliquent auprès du médecin de famille. De plus, la qualité de la relation va affecter l'efficacité de l'intervention. En effet, un traitement plus efficace, soit de bonnes procédures de service, la performance des professionnels et l'environnement va affecter la satisfaction de l'utilisateur et son intention de revenir voir son professionnel (Abramowitz et al., 1987; Cleary & McNeil, 1988; Doering, 1983; Kim et al., 2017). Il est possible de constater que la relation difficile avec les médecins de famille nuit à l'efficacité de l'intervention et que la relation avec les physiothérapeutes favorise l'efficacité de l'intervention.

Le facteur relationnel s'imbrique dans un concept plus vaste mentionné lors des groupes de discussion. Il s'agit du travail d'équipe, mais plus précisément de l'importance d'un bon travail d'équipe durant le traitement. Toujours selon les participants, il est primordial que la prise en charge des personnes atteintes de la TCR soit faite en équipe. L'ensemble des acteurs doit travailler ensemble afin d'optimiser l'efficacité du traitement. Le travail d'équipe sera efficace si les acteurs coopèrent et s'ils ont une bonne relation, une bonne collaboration ainsi qu'une bonne communication. L'importance de la relation entre les différents acteurs a été définie dans le paragraphe précédent et dans les écrits (A. C. Freeman & Sweeney, 2001; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Tracy et al., 2003). De plus, Holdar et al. mentionnent aussi que la communication et la négociation avec l'utilisateur sur le traitement à adopter vont modifier la prise en charge (Holdar et al., 2013).

Les caractéristiques personnelles des professionnels sont aussi ressorties comme un facteur pouvant jouer un rôle dans la prise en charge de la TCR. Ce facteur, mentionné par les physiothérapeutes, se concentrait principalement sur l'impact de l'âge et de l'expérience de pratique. En effet, les physiothérapeutes plus jeunes et ayant moins d'expérience ont l'impression d'être plus souvent confrontés par les usagers qui cherchent à savoir s'ils sont compétents. Plusieurs auteurs ont constaté cela dans la documentation scientifique. Autant pour les médecins de famille que pour les physiothérapeutes, l'âge et l'expérience des professionnels sont des éléments pouvant affecter la pratique de ces derniers (Eisenberg, 2002; Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015; Pineault et al., 2017).

### 6.1.2 Les facteurs organisationnels et contextuels

Dans notre recherche, il est possible de constater que les facteurs tels que le milieu de pratique, le coût du service et la charge de travail sont des facteurs s'influençant mutuellement. Dans un premier temps, selon ce que les professionnels mentionnent, leur charge de travail dans le système de soins de santé va être influencée par le contexte de pratique (sans rendez-vous, cabinet, clinique privée, réseau public, etc.). Par exemple, les médecins de famille en contexte de consultation sans rendez-vous devaient voir beaucoup plus de patients et n'avaient pas toujours un temps de consultation adéquat. De leur côté, certaines cliniques de physiothérapie peuvent imposer un nombre d'usagers à voir par heure et ainsi limiter le temps de consultation. Dans sa thèse, Borgès Da Silva constate aussi que plus le médecin de famille voit d'usagers, moins il est en mesure d'assurer les soins dans le temps à ses usagers (Borgès Da Silva, 2010). Deuxièmement, le coût du service est directement influencé par le milieu de pratique. En effet, en clinique privée, les usagers doivent déboursier un montant d'argent pour recevoir les traitements tandis que dans les cliniques publiques, il n'y a pas de coûts monétaires directs pour l'utilisateur. Ceci est principalement constaté pour les cliniques privées de physiothérapie. Les professionnels constatent que le temps d'attente est plus long au public dû au plus grand engorgement du système qui peut être causé par le manque de ressources publiques de physiothérapie et par le fait que les usagers sans assurances et sans la capacité de payer les frais au privé vont consulter au service public. De plus, les professionnels ont l'impression que l'utilisateur qui va payer pour son traitement va s'investir plus, car il voudra diminuer le nombre de rencontres afin de diminuer le coût. Palenius et Nyman vont dans le même sens. Ils mentionnent qu'un utilisateur qui paye pour une consultation en physiothérapie aura un plus grand engagement dans le processus, une plus grande motivation et suivra davantage les recommandations du physiothérapeute (Palenius & Nyman, 2015). Finalement, les professionnels ont mentionné que le lien de confiance est plus difficile à établir au public, car le physiothérapeute est imposé à l'utilisateur. Au privé, l'utilisateur va consulter le physiothérapeute de son plein gré et cela facilite grandement la création de lien de confiance. Cette confiance entre les acteurs est un élément important dans la prise en charge de la TCR selon les professionnels. Donc, le milieu de pratique, la charge de travail et le coût du service sont reliés et vont influencer la prise en charge des usagers.

Le dernier facteur défini dans le cadre conceptuel est l'environnement de travail. Dans notre recherche, ce facteur a été développé par les professionnels sous la forme de la distance pour recevoir les soins, soit le déplacement que doit faire l'utilisateur pour être traité par les professionnels. Un déplacement plus grand de l'utilisateur pour recevoir les traitements va affecter la capacité de ce dernier à se présenter à toutes ses consultations de physiothérapie chaque semaine. Il sera donc nécessaire d'adapter la prise en charge afin que l'utilisateur puisse guérir dans les meilleurs délais. Toutefois, cela n'affecte en aucun cas l'assiduité de l'utilisateur au traitement, car le professionnel va adapter le traitement à cette situation et l'utilisateur pourrait suivre son traitement à domicile et faire tous ses exercices. De plus, les professionnels ont mentionné que les utilisateurs qui sont plus loin des soins, soit dans un milieu plus rural, dénotent une culture différente en ce qui concerne les soins de santé. La perception qu'ils peuvent avoir des soins de santé va changer comparativement à un utilisateur provenant d'un autre milieu. Palenius et Nyman ainsi que Holdar et ses collaborateurs ont mentionné que la culture de l'utilisateur peut jouer un rôle dans la prise en charge par le physiothérapeute et influencer le traitement (Holdar et al., 2013; Palenius & Nyman, 2015). Nous avons défini l'environnement de travail comme étant l'endroit où la prise en charge peut avoir lieu (milieu rural, semi-urbain, urbain et métropolitain). Selon la documentation scientifique, l'environnement de travail va influencer le mode d'exercice (cabinet privé, CLSC, CHSLD, etc.) et, par le fait même, la prise en charge (Borgès Da Silva, 2010). Cependant, dans notre recherche, ce facteur dévie légèrement de son cadre, mais reste néanmoins très similaire. En effet, la distance pour recevoir les soins est un facteur qui a été largement mentionné par les professionnels provenant d'un environnement de pratique plus rural et semi-urbain.

## **6.2 Les facteurs affectant la prise en charge complémentaire au cadre conceptuel**

Les utilisateurs et les professionnels ont mentionné, lors des groupes de discussion, plusieurs facteurs qui approfondissent la compréhension de la prise en charge de la TCR par les professionnels lors des soins de première ligne. Il s'agit de facteurs qui ont émergés suite à notre étude et qui n'apparaissaient pas dans le cadre conceptuel. Ces derniers permettent de compléter les facteurs pouvant affecter la prise en charge. De plus, ces facteurs améliorent notre compréhension de l'expérience vécue par les différents acteurs-clés (utilisateurs, médecins de famille, physiothérapeutes et orthopédistes) lors du processus de prise en charge. Il s'agit



du manque de connaissances des médecins de famille, de l'expérience de navigation dans le système de santé et de la responsabilité des différents acteurs.

### **6.2.1 Le manque de connaissances des médecins de famille**

La connaissance des médecins de famille sur la TCR est ressortie des groupes de discussion comme un facteur important qui peut jouer un rôle primordial dans la prise en charge. Les usagers n'interprètent pas cela comme un manque de connaissances, mais un manque de compétences de la part des médecins de famille pour traiter ce type de pathologie. Ils constatent souvent que les médecins de famille ont de la difficulté à faire le bon diagnostic ou à fournir le bon traitement. Les professionnels, lors des groupes de discussion, ont aussi constaté qu'il y a un problème de diagnostic. L'utilisateur n'arrive pas toujours avec le bon diagnostic, soit chez le physiothérapeute, l'orthopédiste ou bien le médecin spécialisé en problèmes musculosquelettiques. Cependant, les professionnels ne voient pas ce problème comme un manque de compétence. Ils associent cela au manque de connaissances des médecins de famille à propos de ce type de pathologie. Leurs connaissances en ce qui concerne la TCR se limitent généralement à une description vague du problème. Les médecins de famille n'ont pas la formation appropriée lors de leur parcours universitaire pour être en mesure de traiter les problèmes de TCR. Afin d'approfondir leurs connaissances et leur compréhension du problème, ils doivent aller chercher des connaissances sur cette pathologie par leurs propres moyens (formation, conférence, etc.). Par contre, ce n'est pas tous les médecins de famille qui vont aller chercher ces connaissances supplémentaires qui ne sont pas incluses dans leur formation générale. De plus, ils doivent traiter une panoplie de problèmes, alors il est difficile pour eux de développer de bonnes connaissances dans ce domaine au même titre que les physiothérapeutes, vu la variété de problèmes qu'ils doivent connaître. Les professionnels constatent que les médecins de famille qui sont les plus propices à développer des connaissances sur la TCR sont ceux qui portent un intérêt particulier à ce problème. Donc, il y a bien un manque de connaissances sur la TCR chez les médecins de famille. Il est plus adéquat de mentionner cela ainsi et de ne pas considérer qu'il s'agit d'un manque de compétences (selon les usagers). Les usagers ne sont pas tous au courant de la formation reçue par les médecins de famille et il se pourrait que le manque de compétences reflète simplement un manque de connaissances.

### 6.2.2 L'expérience de navigation dans le système de santé

Lorsque l'utilisateur navigue dans les soins de première ligne pour le traitement relié à la TCR, son cheminement dans le système de soins de santé n'est pas toujours adéquat. Il y a un consensus auprès de tous les participants des groupes de discussion : la structure du système de soins n'est pas optimale et ne permet pas de diriger l'utilisateur à la bonne place au bon moment. Le corridor de prise en charge n'est pas optimal ni efficace pour traiter ce type de pathologie. Les participants vont même plus loin en mentionnant que le système de soins n'est pas efficace pour traiter les problèmes musculosquelettiques. Premièrement, les usagers vont éprouver des problèmes d'accès au système de soins de santé. Ceci peut se remarquer lorsque les usagers doivent parcourir une grande distance afin d'obtenir leur traitement et pour accéder au service de physiothérapie public, qui est surchargé. Deuxièmement, les usagers constatent qu'il y a trop d'étapes dans la prise en charge. Les intermédiaires augmentent énormément les procédures de traitement qui pourraient être simplifiées si le système était plus efficace. Troisièmement, l'ensemble des participants constate que les modalités de diagnostic (IRM et autres) ne sont pas accessibles. Il y a trop d'attente afin d'obtenir un rendez-vous. Finalement, la bureaucratie, plus précisément les problèmes de transmission d'informations entre les différents niveaux de soins (les soins de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne), cause beaucoup de problèmes de délai dans les traitements. L'utilisateur n'est pas vu au bon moment et cela affecte directement ce dernier. Donc, l'expérience de navigation dans le système de santé de l'utilisateur est souvent ardue et non efficace. Ceci est un problème important que constatent tous les participants et qui devrait être pris au sérieux. À l'échelle nationale, ce problème de navigation dans le système de soins de santé est aussi présent. En effet, 14 millions (60 %) d'adultes canadiens sont confrontés au problème de navigation en santé. Ceci se répercute par des difficultés à obtenir des renseignements, à recevoir des services de santé, à comprendre et à agir afin de prendre des décisions pour améliorer leur prise en charge et ainsi leur santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008). De plus, le niveau de littératie, soit la compréhension et les connaissances des usagers, peut aussi jouer un rôle dans la navigation des usagers dans le système de soins de santé. La littératie est un déterminant social lié à plusieurs déterminants sociaux (revenu, scolarité, etc.), mais aussi aux capacités des usagers à surmonter les problèmes d'accès et de navigation dans le système de soins de santé (Bauer et al., 2016; Champlin et al., 2017; Conseil canadien sur

l'apprentissage, 2008; Eichler et al., 2009; H. P. Freeman, 2006; Kickbusch, 2001; Nutbeam, 2000).

### **6.2.3 La responsabilité des acteurs**

L'utilisateur a une responsabilité importante dans la prise en charge de la TCR et cela est considéré comme un facteur primordial selon les participants. Toujours selon ces derniers, il est important que l'utilisateur s'investisse dans le traitement, dans son éducation ainsi que dans la réalisation et l'assiduité des exercices suggérés par les professionnels. Il est aussi nécessaire que l'utilisateur développe une bonne connaissance sur cette pathologie, car cela permet une plus grande implication ainsi qu'un rapport plus complet et facilitant avec les professionnels. Les usagers présents lors des groupes de discussion ont mentionné que le développement de connaissances était un atout majeur. De plus, un usager qui s'implique dans son traitement risque d'avoir un plus grand succès dans son traitement selon les professionnels. Afin de développer de bonnes connaissances, l'utilisateur a la responsabilité d'aller chercher de l'information sur le problème, mais aussi d'apprendre de ce que les professionnels en santé lui disent. Le développement de connaissances et l'éducation des usagers sont des responsabilités partagées par tous les acteurs et non seulement une tâche spécifique à l'utilisateur. En effet, plusieurs articles mentionnent que les usagers se sentiront plus en contrôle de la situation et seront plus satisfaits si des informations pertinentes et une explication de leur douleur sont fournies par les professionnels (Casserley-Feeney et al., 2008; Cooper et al., 2008; Hills & Kitchen, 2007; Hush et al., 2011; MacDonald et al., 2002; May, 2001; Nyman et al., 2012).

Dans la prise en charge de la TCR, les physiothérapeutes devraient avoir une grande responsabilité et une implication. Selon ce que les professionnels mentionnent, les physiothérapeutes ont la responsabilité de traiter l'utilisateur, de l'éduquer, de s'assurer que le traitement est optimal et que la guérison s'effectue dans les meilleurs délais. De plus, ils doivent s'impliquer en motivant l'utilisateur (en montrant que le traitement fonctionne, le gain en amplitude, de mouvement, la progression, etc.), en ayant une bonne attitude et en démontrant l'importance de l'implication dans le traitement. Il est aussi ressorti des groupes de discussion que les physiothérapeutes devraient voir les usagers avec un problème à l'épaule en premier, soit avant les médecins de famille, car ils ont plus de connaissances sur

ce type de pathologie. Il est intéressant et logique que les professionnels aient mentionné que les physiothérapeutes devraient être les premiers à consulter les usagers ayant un problème à l'épaule. En effet, selon les résultats récoltés lors de nos groupes de discussion, nous avons pu constater que ces derniers étaient plus connaisseurs de la TCR que les médecins de famille et qu'ils avaient une meilleure relation avec l'utilisateur. D'autre part, le médecin de famille et le physiothérapeute sont en constante relation lors du traitement. Les médecins de famille rencontrés lors des groupes de discussion se fient beaucoup aux physiothérapeutes et ils aiment recevoir des informations sur le traitement ainsi que sur la pathologie en soi, car ils savent qu'ils n'ont pas des connaissances aussi développées que les physiothérapeutes. Alors, si les physiothérapeutes étaient consultés en premier lieu, ils seraient en mesure d'informer le médecin de famille sur la situation clinique de l'utilisateur avant même que ce dernier ne rencontre son médecin de famille. Ceci permettrait au médecin de famille de mieux diriger la prise en charge par la suite. De plus, les professionnels constatent qu'il y a un problème de diagnostic en ce qui concerne les problèmes à l'épaule. En effet, le bon diagnostic n'est pas toujours fait pour les usagers atteints de la TCR, ce qui augmente ainsi le délai de traitement, car l'utilisateur n'est pas envoyé au bon professionnel. Cela cause des problèmes à l'utilisateur, car s'il n'est pas traité au bon moment, il peut voir son problème se dégrader, diminuer sa qualité de vie et ainsi voir le taux de réussite du traitement diminuer. Finalement, selon la documentation scientifique, les physiothérapeutes ont une concordance avec les orthopédistes pouvant varier de 75 % à 92 % en ce qui concerne le diagnostic clinique pour les problèmes musculosquelettiques (Aiken & McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; Razmjou et al., 2013; Robarts et al., 2017). Il est donc encore plus intéressant d'analyser l'intégration du physiothérapeute dès le départ dans le traitement de la TCR. En conclusion, le physiothérapeute a une grande part de responsabilité dans le traitement de la TCR et son rôle devrait être reconsidéré afin d'améliorer la prise en charge.

En lien avec le rôle que devraient avoir les physiothérapeutes, les professionnels ont proposé une solution afin que l'utilisateur soit dirigé à la bonne place lorsqu'il consulte pour la première fois pour son problème à l'épaule. Cette solution consiste à former un praticien en musculosquelettique ou bien à utiliser un physiothérapeute qui dirigerait les usagers vers le bon professionnel. Cela se ferait avant même la première consultation avec les professionnels. L'utilisateur pourrait consulter le professionnel adéquat dès le départ, évitant

ainsi certaines consultations inutiles tout en diminuant le délai de traitement. Nous pensons que cette solution est très pertinente et qu'elle pourrait prendre différentes formes. En effet, il peut être complexe de changer la structure du système de traitement spécifiquement pour un type de problème, soit les problèmes à l'épaule. De plus, considérant les réformes actuelles dans le système de soins de santé au Québec qui pousse les médecins de famille à abandonner les pratiques spécialisées en musculosquelettique, il n'est pas logique de donner cette tâche à ces derniers. Donc, dans le but de simplifier la lourdeur du changement, nous proposons ceci : au lieu de former et d'implanter un praticien dans le système, lorsque l'utilisateur consulte son médecin de famille, ce dernier pourrait directement diriger l'utilisateur en physiothérapie pour l'évaluation. Par la suite, en écoutant la suggestion du physiothérapeute, le médecin de famille ferait le diagnostic du problème d'épaule et dirigerait l'utilisateur au bon endroit. Ceci pourrait être fait lorsqu'il s'agit d'un problème musculosquelettique.

En outre, la responsabilité des médecins de famille dans la prise en charge des usagers consultant pour un problème à l'épaule est importante à considérer. Ils ont une responsabilité reliée au traitement, mais aussi envers l'utilisateur. Selon les participants aux groupes de discussion, les médecins de famille devraient être en mesure de suivre le traitement défini pour ce type de pathologie et de diriger l'utilisateur vers d'autres professionnels dans les meilleurs délais. Ils ont la responsabilité, envers les usagers, de bien communiquer avec eux, de les éduquer et de les accompagner lors de la prise en charge (gestion des facteurs confondants, psychologiques, etc.). Le médecin de famille devrait encadrer l'utilisateur et avoir la responsabilité de gérer les facteurs externes affectant l'utilisateur. Cependant, il est difficile pour le médecin de famille de bien jouer tous ces rôles. En effet, comme mentionné précédemment, il ne possède pas les connaissances nécessaires pour ce type de pathologie afin de respecter les responsabilités qui lui sont associées. De plus, la charge de travail des médecins de famille (facteur présent dans le cadre conceptuel) ne permet pas toujours une prise en charge optimale, car dans certaines situations, ils ne peuvent pas prendre le temps nécessaire avec l'utilisateur pour lui poser toutes les questions nécessaires ou répondre aux questions de ce dernier. Ceci a été constaté autant par les médecins de famille et les usagers.

Nous avons intégré les orthopédistes à nos groupes de discussion, car c'est à partir de ces derniers que nous avons défini la prise en charge optimale. Ils font partie de l'équipe de soins

pour traiter l'usager et ils ont de très bonnes connaissances sur la TCR. Donc, il était pertinent d'avoir le point de vue de tous les acteurs inclus dans la prise en charge de la TCR pour faire évoluer la discussion. Cependant, le but de cette recherche n'était pas centré sur le rôle des orthopédistes, car ces derniers jouent un rôle suite à la prise en charge par les ressources de première ligne. Il est donc normal d'observer aucun facteur à leur propos.

### **6.3 Forces, limites et utilités de notre recherche**

#### **6.3.1 Les forces de l'étude**

Notre projet de recherche présente plusieurs forces. En effet, le processus itératif, la planification de plusieurs groupes de discussion composés d'usagers et de professionnels et la réalisation des groupes de discussion professionnels dans différentes régions sont des forces importantes de notre recherche. Premièrement, le processus de recherche peut être considéré comme itératif. Après chaque groupe de discussion, les données, les notes et les enregistrements audio ont été analysés. Le groupe de discussion suivant a pu ainsi bénéficier d'ajustements, si nécessaire, pour être bonifié. Deuxièmement, la planification de 2 groupes de participants d'usagers et de 2 groupes de participants de professionnels a permis, pour les 2 types de participants, une confirmation des informations récoltées lors de la séance de discussion précédente. De plus, la réalisation de groupes de discussion de 2 types (type « usagers » et type « professionnels de la santé ») a limité le complexe d'infériorité qui aurait pu avoir lieu entre les usagers et les professionnels de la santé si ces derniers avaient été présents dans un même groupe de discussion. Finalement, la réalisation de 2 groupes de participants composés de professionnels de la santé dans les différentes régions du CIUSSS de l'Estrie a permis d'obtenir une représentation plus réelle de ce milieu et des spécificités intrinsèques à la région.

#### **6.3.2 Les limites de l'étude**

Il est possible de constater quelques limites à notre étude. En effet, la provenance des usagers, la transférabilité des données collectées, le biais de désirabilité sociale et le biais d'élite sont tous des limites de l'étude. Dans un premier temps, les usagers provenaient seulement de la région de Sherbrooke et il se pourrait que des usagers provenant d'une autre région ait eu une expérience différente en ce qui concerne la prise en charge. Pour limiter

cela, nous avons défini que la sélection des usagers selon leur agent payeur était un bon moyen de représenter cette population, car les agents payeurs sont présents partout en Estrie. Cependant, il a été difficile de sélectionner les usagers selon leur agent payeur, car nous avons eu un grand nombre de refus et nous avons dû exclure certains usagers ne respectant pas les critères d'inclusion. Donc, il était difficile dans notre situation de chercher une représentation équivalente des usagers en fonction de leur agent payeur. En second lieu, les données récoltées sont seulement représentatives du milieu concerné par la recherche, soit le CIUSSS de l'Estrie. Cependant, en réalisant des groupes de discussion professionnels dans différents milieux, cela peut simuler ce que vivent d'autres milieux similaires dans les autres régions de la province. En troisième lieu, il y a la possibilité d'un biais de désirabilité sociale dans notre étude. Il se peut que les participants tendaient à vouloir donner les réponses que nous désirions entendre. Pour diminuer ce biais, les participants ont été informés qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Finalement, la possibilité d'un biais d'élite est aussi à prendre en considération dans notre étude. En effet, il est possible de surestimer l'importance des informations mentionnées par des participants mieux informés ou d'un statut social plus élevé. Il était donc important d'être bien conscients de ce biais. Toutefois, en n'identifiant aucun des participants lors des groupes de discussion, ce biais a été minimisé.

### **6.3.3 Retombées anticipées**

La réalisation de ce projet permet de mettre en lumière la perception des professionnels de la santé et des usagers sur les éléments qui influencent la prise en charge optimale des tendinopathies de l'épaule afin d'améliorer cette prise en charge. Les éléments clés d'un nouveau modèle de prise en charge optimisé pourront être proposés et étudiés dans un projet futur. La consultation d'acteurs directement impliqués dans le processus de soins permet de faire ressortir des éléments pratiques qui doivent être pris en compte pour assurer l'efficacité des prochains programmes qui seront développés. Les concepts abordés sont ceux définis dans le cadre conceptuel, mais d'autres concepts sont ressortis des groupes de discussion et bonifient ce dernier afin de mieux comprendre la situation actuelle au CIUSSS de l'Estrie. Ce projet concerne uniquement les tendinopathies à l'épaule, mais pourrait servir de préambule à d'autres spécialités médicales afin d'optimiser la prise en charge des usagers. Il y aura aussi des retombées scientifiques. Ce projet sera présenté dans le cadre de notre

formation universitaire, mais aussi aux acteurs impliqués dans le processus de soins dans le but d'améliorer les soins aux usagers.



## CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Ce projet de maîtrise avait pour objectif de déterminer les facteurs qui affectent la prise en charge optimale de la TCR selon les usagers, les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes. De plus, nous cherchions à comprendre l'expérience de la prise en charge de la TCR chez les usagers, les médecins de famille, les physiothérapeutes et les orthopédistes.

Selon les données récoltées lors des groupes de discussion, plusieurs facteurs ont été mentionnés afin de nous aider à comprendre l'expérience de prise en charge de la TCR. Les facteurs sont séparés sous différents concepts, soit les facteurs reliés aux usagers, les facteurs reliés aux professionnels, les facteurs organisationnels et les facteurs contextuels. Les facteurs reliés aux usagers pouvant affecter la prise en charge selon les participants sont les impacts de la pathologie (la TCR), les caractéristiques des usagers, la vie professionnelle, les croyances et l'expérience personnelle ainsi que la relation avec les soignants et l'efficacité de l'intervention. Les facteurs reliés aux professionnels entourant la prise en charge sont les caractéristiques personnelles du professionnel et la relation avec le patient. Nous pouvons ajouter à ces facteurs le manque de connaissances des médecins de famille dans le traitement de la TCR. Ceci cause des problèmes dans la prise en charge du traitement de cette pathologie. Les facteurs organisationnels et contextuels affectant la prise en charge sont le milieu de pratique et la charge de travail des professionnels, le coût du service, l'environnement de travail ainsi que la structure du système de santé. Ce dernier facteur est relativement important. Il fait mention des problèmes dans le système de santé et de la bureaucratie causant des délais de traitement de la TCR. De plus, les responsabilités des différents acteurs (usagers, médecins de famille, physiothérapeutes et orthopédistes) impliqués dans la prise en charge de la TCR ont été mentionnées comme un facteur à considérer. Les participants ont mentionné une série de responsabilités que chaque acteur doit être en mesure de respecter s'il veut que la prise en charge soit faite de façon optimale.

Cette étude permet d'établir les facteurs importants à prendre en considération dans la prise en charge de la TCR dans la région de l'Estrie. Elle pourrait s'avérer un outil important dans

l'établissement de moyens futur afin d'améliorer la prise en charge des usagers souffrant de la TCR et les corridors de services.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abate, M., Silbernagel, K. G., Siljeholm, C., Di Iorio, A., De Amicis, D., Salini, V., ... Paganelli, R. (2009). Pathogenesis of tendinopathies: inflammation or degeneration? *Arthritis Research & Therapy*, 11(3), 235-235. <https://doi.org/10.1186/ar2723>
- ABBOTT, L. C., & LUCAS, D. B. (1952). The tripartite deltoid and its surgical significance in exposure of the scapulohumeral joint. *Annals Of Surgery*, 136(3), 392-403.
- Abramowitz, S., Coté, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB. Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- Aiken, A. B., & McColl, M. A. (2008). Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon – A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 253-261. <https://doi.org/10.1080/13561820801984134>
- Almekinders, L. C., Weinhold, P. S., & Maffulli, N. (2003). Compression etiology in tendinopathy. *Clinics In Sports Medicine*, 22(4), 703-710.
- American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS). (2010, décembre). *Optimizing the management of rotator cuff problems: guideline and evidence report*.
- Bagg SD, & Forrest WJ. (1988). A biomechanical analysis of scapular rotation during arm abduction in the scapular plane. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 67(6), 238-245.
- Banas, M. P., Miller, R. J., & Totterman, S. (1995). Relationship between the lateral acromion angle and rotator cuff disease. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 4(6), 454-461.
- Barnes, C. J., Van Steyn, S. J., & Fischer, R. A. (2001). The effects of age, sex, and shoulder dominance on range of motion of the shoulder. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 10(3), 242-246.
- Bauer, S. E., Schumacher, J. R., Hall, A. G., Hendry, P., Peltzer-Jones, J. M., Kalynych, C., & Carden, D. L. (2016). Primary Care Experiences of Emergency Department Patients With Limited Health Literacy. *The Journal Of Ambulatory Care Management*, 39(1), 32-41.
- Beltran, J., Bencardino, J., Padron, M., Shankman, S., Beltran, L., & Ozkarahan, G. (2002). The middle glenohumeral ligament: normal anatomy, variants and pathology. *Skeletal Radiology*, 31(5), 253-262.
- Bey, M. J., Song, H. K., Wehrli, F. W., & Soslowky, L. J. (2002). Intratendinous strain fields of the intact supraspinatus tendon: the effect of glenohumeral joint position and tendon region. *Journal Of Orthopaedic Research: Official Publication Of The Orthopaedic Research Society*, 20(4), 869-874.
- Biberthaler, P., Wiedemann, E., Nerlich, A., Kettler, M., Mussack, T., Deckelmann, S., & Mutschler, W. (2003). Microcirculation associated with degenerative rotator cuff lesions. In vivo assessment with orthogonal polarization spectral imaging during arthroscopy of the shoulder. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 85-A(3), 475-480.
- Bigliani, L. U., Kelkar, R., Flatow, E. L., Pollock, R. G., & Mow, V. C. (1996). Glenohumeral stability. Biomechanical properties of passive and active stabilizers. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (330), 13-30.

- Bigliani, L. U., Ticker, J. B., Flatow, E. L., Soslowsky, L. J., & Mow, V. C. (1991). The relationship of acromial architecture to rotator cuff disease. *Clinics In Sports Medicine*, 10(4), 823-838.
- Borgès Da Silva, R. (2010). *La pratique médicale des omnipraticiens: influence des contextes organisationnel et géographique*. Université de Montréal, Montréal.
- Brooks, C. H., Revell, W. J., & Heatley, F. W. (1992). A quantitative histological study of the vascularity of the rotator cuff tendon. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 74(1), 151-153.
- Brown, E. J., Kangovi, S., Sha, C., Johnson, S., Chanton, C., Carter, T., & Grande, D. T. (2015). Exploring the Patient and Staff Experience With the Process of Primary Care. *Annals Of Family Medicine*, 13(4), 347-353. <https://doi.org/10.1370/afm.1808>
- Browne K, Roseman D, Shaller D, & Edgman-Levitan S. (2010). Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs*, 29(5), 921-925. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0238>
- Bué, J., Coutrot, T., Guignon, N., & Sandret, N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue française des affaires sociales*, (2-3), 45-70.
- Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9162-7>
- Burkhart, S. S., Esch, J. C., & Jolson, R. S. (1993). The rotator crescent and rotator cable: An anatomic description of the shoulder's « suspension bridge ». *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 9(6), 611-616. [https://doi.org/10.1016/S0749-8063\(05\)80496-7](https://doi.org/10.1016/S0749-8063(05)80496-7)
- Cain, P. R., Mutschler, T. A., Fu, F. H., & Lee, S. K. (1987a). Anterior stability of the glenohumeral joint. A dynamic model. *The American Journal Of Sports Medicine*, 15(2), 144-148.
- Cain, P. R., Mutschler, T. A., Fu, F. H., & Lee, S. K. (1987b). Anterior stability of the glenohumeral joint. A dynamic model. *The American Journal Of Sports Medicine*, 15(2), 144-148.
- Casserley-Feeney, S. N., Phelan, M., Duffy, F., Roush, S., Cairns, M. C., & Hurley, D. A. (2008). Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 50-50. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-50>
- Champlin, S., Mackert, M., Glowacki, E. M., & Donovan, E. E. (2017). Toward a Better Understanding of Patient Health Literacy: A Focus on the Skills Patients Need to Find Health Information. *Qualitative Health Research*, 27(8), 1160.
- Charest, J. (2016, septembre). *Algorithmes de prise en charge des usagers pour les problématiques à l'épaule: amélioration de l'accès à la chirurgie?* Affiche présenté à Journée scientifique de 1er cycle de la FMSS, FMSS.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. I. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science: IS*, 8, 22-22. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-22>

- Christensen, J. O., Nielsen, M. B., Finne, L. B., & Knardahl, S. (2018). Comprehensive profiles of psychological and social work factors as predictors of site-specific and multi-site pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(3), 291-302.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry: A Journal Of Medical Care Organization, Provision And Financing*, 25(1), 25-36.
- Clinique Fontvert. (2018). *Anatomie de l'épaule avec bourse sous-acromiale*. Consulté à l'adresse <http://chirurgie-epaule-fontvert.fr/calcifification.html>
- CNESST. (2016). *Rapport annuel de gestion 2015* [En ligne]. CNESST.
- Colachis, S. C., Jr, Strohm, B. R., & Brechner, V. L. (1969). Effects of axillary nerve block on muscle force in the upper extremity. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 50(11), 647-654.
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). *La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être* (p. 41).
- Cooper, D., Arnocsky, S., & O'Brien, S. (1992). Anatomy, histology, and vascularity of the glenoid labrum. *J Bone Joint Surg Am*, (74), 46-52.
- Cooper, K., Smith, B. H., & Hancock, E. (2008). Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, 94(3), 244-252.
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.a1161611&lang=fr&site=eds-live>
- Da Silva, R. B., & Pineault, R. (2012). Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec. *Canadian Journal Of Rural Medicine: The Official Journal Of The Society Of Rural Physicians Of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 17(3), 92-98.
- Dalal, M., Ferrucci, L., Sun, K., Beck, J., Fried, L. P., & Semba, R. D. (2009). Elevated serum advanced glycation end products and poor grip strength in older community-dwelling women. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 64(1), 132-137. <https://doi.org/10.1093/gerona/gln018>
- Davies, G. J., & Dickoff-Hoffman, S. (1993). Neuromuscular testing and rehabilitation of the shoulder complex. *The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy*, 18(2), 449-458.
- DePalma, A. (1983). *Surgery of the shoulder, 3rd ed.* (3rd ed.). Philadelphia: JB Lippincott.
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J.-S., Woodhouse, L. J., Lacelle, M., Leroux, M., ... Fernandes, J. C. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 162-162. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-162>
- Deutsch, A., Altchek, D. W., Schwartz, E., Otis, J. C., & Warren, R. F. (1996). Radiologic measurement of superior displacement of the humeral head in the impingement syndrome. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 5(3), 186-193.
- Dickoff-Hoffman, S. (1991). Functional subluxation of the glenohumeral joint in a college pitcher. *Isokinetics & Exercise Science*, 1(3), 162-165.

- Doering ER. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB: Quality Review Bulletin*, 9(10), 291-299.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D., & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work (Reading, Mass.)*, 48(4), 579-589. <https://doi.org/10.3233/WOR-141914>
- Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Nastasia, L., & Bernier, M. (2016). *Pratiques des grandes organisations au Québec en regard de la coordination du retour au travail* (N° R-934). Consulté à l'adresse l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail website: <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100900/n/pratiques-des-grandes-organisations-au-quebec-en-regard-de-la-coordination-du-retour-au-travail>
- DynaMed. (2017). Rotator cuff impingement. Dans *DynaMed Plus [Internet]*. Consulté à l'adresse <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114840>.
- Edelson, J. G. (1995). The « hooked » acromion revisited. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 77(2), 284-287. Consulté à l'adresse mnh. (7706348)
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal Of Public Health*, 54(5), 313-324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Eisenberg, J. M. (2002). Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care*, 40(11), 1016-1035.
- Endo, K., Ikata, T., Katoh, S., & Takeda, Y. (2001). Radiographic assessment of scapular rotational tilt in chronic shoulder impingement syndrome. *Journal Of Orthopaedic Science: Official Journal Of The Japanese Orthopaedic Association*, 6(1), 3-10.
- Epstein, R. E., Schweitzer, M. E., Frieman, B. G., Fenlin, J. M., Jr, & Mitchell, D. G. (1993). Hooked acromion: prevalence on MR images of painful shoulders. *Radiology*, 187(2), 479-481.
- EPTC 2. (2014). *Éthique de la recherche avec des êtres humains*.
- Factor, D., & Dale, B. (2014). CURRENT CONCEPTS OF ROTATOR CUFF TENDINOPATHY. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 9(2), 274-288.
- Fisette, J.-F. (2015, mars). *Évaluation des effets du projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie: résultats préliminaires*.
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398-406. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.11.002>
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Freeman, A. C., & Sweeney, K. (2001). Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7321), 1100-1102.
- Freeman, H. P. (2006). Patient navigation: a community based strategy to reduce cancer disparities. *Journal Of Urban Health: Bulletin Of The New York Academy Of Medicine*, 83(2), 139-141.

- Fukuda, H., Hamada, K., & Yamanaka, K. (1990). Pathology and pathogenesis of bursal-side rotator cuff tears viewed from en bloc histologic sections. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (254), 75-80.
- Gibb, T. D., Sidles, J. A., Harryman, D. T., 2nd, McQuade, K. J., & Matsen, F. A., 3rd. (1991). The effect of capsular venting on glenohumeral laxity. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (268), 120-127.
- Gill, T. J., McIrvin, E., Kocher, M. S., Homa, K., Mair, S. D., & Hawkins, R. J. (2002). The relative importance of acromial morphology and age with respect to rotator cuff pathology. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 11(4), 327-330.
- Gillespie, M. A., M Cznik, A., Wassinger, C. A., & Sole, G. (2017). Rotator cuff-related pain: Patients' understanding and experiences. *Musculoskeletal Science & Practice*, 30, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.05.009>
- Gisslén, K., & Alfredson, H. (2005). Neovascularisation and pain in jumper's knee: a prospective clinical and sonographic study in elite junior volleyball players. *British Journal Of Sports Medicine*, 39(7), 423-428.
- Gladstone JN, Bishop JY, Lo IKY, & Flatow EL. (2007). Fatty infiltration and atrophy of the rotator cuff do not improve after rotator cuff repair and correlate with poor functional outcome. *American Journal of Sports Medicine*, 35(5), 719-728.
- Goodmurphy, C. ., Osborn, J., Akesson, E. ., Johnson, S., Stanescu, V., & Regan, W. . (2003). An immunocytochemical analysis of torn rotator cuff tendon taken at the time of repair. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 12, 368-374.
- Goutallier, D., Postel, J. M., Bernageau, J., Lavau, L., & Voisin, M. C. (1995). Fatty infiltration of disrupted rotator cuff muscles. *Revue Du Rhumatisme (English Ed.)*, 62(6), 415-422.
- Graichen, H., Bonel, H., Stammberger, T., Haubner, M., Rohrer, H., Englmeier, K. H., ... Eckstein, F. (1999). Three-dimensional analysis of the width of the subacromial space in healthy subjects and patients with impingement syndrome. *AJR. American Journal Of Roentgenology*, 172(4), 1081-1086.
- Graichen, H., Stammberger, T., Bonel, H., Karl-Hans Englmeier, Reiser, M., & Eckstein, F. (2000). Glenohumeral translation during active and passive elevation of the shoulder - a 3D open-MRI study. *Journal Of Biomechanics*, 33(5), 609-613.
- Grant, J., & Smith, C. (1948). Age incidence of rupture of the supraspinatus tendon. *Anat Rec*, 100, 666.
- Greenberg, D. L. (2014). Evaluation and Treatment of Shoulder Pain. *Medical Clinics of North America*, 98, 487-504.
- Habermeyer, P., Schuller, U., & Wiedemann, E. (1992). The intra-articular pressure of the shoulder: an experimental study on the role of the glenoid labrum in stabilizing the joint. *Arthroscopy: The Journal Of Arthroscopic & Related Surgery: Official Publication Of The Arthroscopy Association Of North America And The International Arthroscopy Association*, 8(2), 166-172.
- Hallström, E., & Kärrholm, J. (2006). Shoulder kinematics in 25 patients with impingement and 12 controls. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, 448, 22-27.
- Harryman, D. T., 2nd, Sidles, J. A., Harris, S. L., & Matsen, F. A., 3rd. (1992). The role of the rotator interval capsule in passive motion and stability of the shoulder. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 74(1), 53-66.

- Hashimoto, T., Nobuhara, K., & Hamada, T. (2003). Pathologic evidence of degeneration as a primary cause of rotator cuff tear. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (415), 111-120.
- Hebert, L. J., Moffet, H., McFadyen, B. J., & Dionne, C. E. (2002). Scapular behavior in shoulder impingement syndrome. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(1), 60-69.
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy Theory And Practice*, 23(1), 1-20.
- Hinton, M. A., Parker, A. W., Drez, D., Jr, & Altcheck, D. (1994). An anatomic study of the subscapularis tendon and myotendinous junction. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 3(4), 224-229. [https://doi.org/10.1016/S1058-2746\(09\)80039-6](https://doi.org/10.1016/S1058-2746(09)80039-6)
- Holdar, U., Wallin, L., & Heiwe, S. (2013). Why Do We Do As We Do? Factors Influencing Clinical Reasoning and Decision-Making among Physiotherapists in an Acute Setting. *Physiotherapy Research International*, 18(4), 220-229.
- Hollinshead, W. (1982a). *Anatomy for surgeons, 3rd ed.* (3rd ed.). Philadelphia: Harper & Row.
- Hollinshead, W. (1982b). *Anatomy for surgeons, 3rd ed.* Harper & Row.
- Holt, E. M., & Allibone, R. O. (1995). Anatomic variants of the coracoacromial ligament. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 4(5), 370-375.
- Hopayian, K., & Notley, C. (2014). A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. *Spine Journal*, 14(8), 1769-1780. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.02.029>
- House, J., & Mooradian, A. (2010). Evaluation and management of shoulder pain in primary care clinics. *Southern Medical Journal*, 103(11), 1129-1135. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181f5e85f>
- Howell, S. M., & Galinat, B. J. (1989). The glenoid-labral socket. A constrained articular surface. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (243), 122-125.
- Howell, S. M., Imobersteg, A. M., Seger, D. H., & Marone, P. J. (1986). Clarification of the role of the supraspinatus muscle in shoulder function. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 68(3), 398-404.
- Hultenheim, K. I., Gunnarsson, A.-C., Styf, J., & Karlsson, J. (2008). Early activation or a more protective regime after arthroscopic subacromial decompression--a description of clinical changes with two different physiotherapy treatment protocols--a prospective, randomized pilot study with a two-year follow-up. *Clinical Rehabilitation*, 22(10-11), 951-965.
- Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 91(1), 25-36. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100061>
- Iannotti, J. P., Zlatkin, M. B., Esterhai, J. L., Kressel, H. Y., Dalinka, M. K., & Spindler, K. P. (1991). Magnetic resonance imaging of the shoulder. Sensitivity, specificity, and predictive value. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 73(1), 17-29.
- Inman, V., Saunders, J., & Abbott, L. (1996). Observations of the function of the shoulder joint. 1944. *Clin Orthop Relat Res*, (330), 3-12.



- Itoi, E., Berglund, L. J., Grabowski, J. J., Naggar, L., Morrey, B. F., & An, K. N. (1998). Superior-inferior stability of the shoulder: role of the coracohumeral ligament and the rotator interval capsule. *Mayo Clinic Proceedings*, 73(6), 508-515.
- Itoi, E., Motzkin, N. E., Morrey, B. F., & An, K. N. (1992). Scapular inclination and inferior stability of the shoulder. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 1(3), 131-139. [https://doi.org/10.1016/1058-2746\(92\)90090-P](https://doi.org/10.1016/1058-2746(92)90090-P)
- Itoi, E., Motzkin, N. E., Morrey, B. F., & An, K. N. (1993). Bulk effect of rotator cuff on inferior glenohumeral stability as function of scapular inclination angle: a cadaver study. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine*, 171(4), 267-276.
- Kannus, P., & Józsa, L. (1991). Histopathological changes preceding spontaneous rupture of a tendon. A controlled study of 891 patients. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 73(10), 1507-1525.
- Keener, J. D., Wei, A. S., Kim, H. M., Steger-May, K., & Yamaguchi, K. (2009). Proximal humeral migration in shoulders with symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 91(6), 1405-1413. <https://doi.org/10.2106/JBJS.H.00854>
- Kelkar, R., & et al. (1992). A stereophotogrammetric method to determine the kinematics of the glenohumeral joint. *Adv Bioeng*, 22, 143-146.
- Kettunen, J. A., Kujala, U. M., Kaprio, J., & Sarna, S. (2006). Health of master track and field athletes: a 16-year follow-up study. *Clinical Journal Of Sport Medicine: Official Journal Of The Canadian Academy Of Sport Medicine*, 16(2), 142-148.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297. Consulté à l'adresse mnh. (11509466)
- Kim, C. E., Shin, J.-S., Lee, J., Lee, Y. J., Kim, M.-R., Choi, A., ... Ha, I.-H. (2017). Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 17(1), 174-174. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1691-6>
- Koester, M. C., George, M. S., & Kuhn, J. E. (2005). Shoulder impingement syndrome. *The American Journal Of Medicine*, 118(5), 452-455.
- Kontopantelis, E., Roland, M., & Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11, 61-61. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-61>
- Kooijman, M., Swinkels, I., van Dijk, C., de Bakker, D., & Veenhof, C. (2013). Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 128-128. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-128>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A Practical Guide for Applied Research* (5<sup>e</sup> éd.). Los Angeles: SAGE.
- Kumagai, J., Sarkar, K., & Uthoff, H. K. (1994). The collagen types in the attachment zone of rotator cuff tendons in the elderly: an immunohistochemical study. *The Journal Of Rheumatology*, 21(11), 2096-2100.
- Langberg, H., Olesen, J., Skovgaard, D., & Kjaer, M. (2001). Age related blood flow around the Achilles tendon during exercise in humans. *European Journal Of Applied Physiology*, 84(3), 246-248.

- Lebeau, M., Duguay, P., & Boucher, A. (2014). *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007 (version révisée)* (Électronique N° R-769; p. 46). IRSST.
- Levangie, P. K., & Norkin, C. C. (2005). *Joint structure and function : a comprehensive analysis*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.i9780803611917&lang=fr&site=eds-live>
- Lévy, B. (2018). *Muscles de la coiffe des rotateurs*. Consulté à l'adresse <http://docteurbrunolevy.com/chirurgie/pathologies-de-la-coiffe-des-rotateurs/>
- Levy, O., Relwani, J., Zaman, T., Even, T., Venkateswaran, B., & Copeland, S. (2008). Measurement of blood flow in the rotator cuff using laser Doppler flowmetry. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 90(7), 893-898. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.90B7.19918>
- Lewis JS. (2009). Rotator cuff tendinopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 43(4), 236-241. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.052175>
- Lohr, J. F., & Uthoff, H. K. (1990). The microvascular pattern of the supraspinatus tendon. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (254), 35-38.
- Ludewig, P M, & Cook, T. M. (2000). Alterations in shoulder kinematics and associated muscle activity in people with symptoms of shoulder impingement. *Physical Therapy*, 80(3), 276-291.
- Ludewig, Paula M, & Cook, T. M. (2002). Translations of the humerus in persons with shoulder impingement symptoms. *The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy*, 32(6), 248-259.
- Luime, J. J., Koes, B. W., Hendriksen, I. J. M., Burdorf, A., Verhagen, A. P., Miedema, H. S., & Verhaar, J. A. N. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scandinavian Journal Of Rheumatology*, 33(2), 73-81.
- Lukasiewicz, A. C., McClure, P., Michener, L., Pratt, N., & Sennett, B. (1999). Comparison of 3-dimensional scapular position and orientation between subjects with and without shoulder impingement. *The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy*, 29(10), 574-583.
- MacDonald CA, Cox PD, & Bartlett DJ. (2002). Productivity and client satisfaction: a comparison between physical therapists and student-therapist pairs. *Physiotherapy Canada*, 54(2), 92-109.
- Maffulli, N, Khan, K. M., & Puddu, G. (1998). Overuse tendon conditions: time to change a confusing terminology. *Arthroscopy: The Journal Of Arthroscopic & Related Surgery: Official Publication Of The Arthroscopy Association Of North America And The International Arthroscopy Association*, 14(8), 840-843.
- Maffulli, Nicola, Longo, U. G., Berton, A., Loppini, M., & Denaro, V. (2011). Biological factors in the pathogenesis of rotator cuff tears. *Sports Medicine And Arthroscopy Review*, 19(3), 194-201. <https://doi.org/10.1097/JSA.0b013e3182250cad>
- Magee, D. J. (2008). *Orthopedic physical assessment*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.i9780721605715&lang=fr&site=eds-live>
- Malliaras, P., Purdam, C., Maffulli, N., & Cook, J. (2010). Temporal sequence of greyscale ultrasound changes and their relationship with neovascularity and pain in the patellar

- tendon. *British Journal Of Sports Medicine*, 44(13), 944-947.  
<https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.054916>
- May SJ. (2001). Patient satisfaction with management of back pain: part 2: an explorative, qualitative study into patients' satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy*, 87(1), 10-20.
- Mays, P. K., Bishop, J. E., & Laurent, G. J. (1988). Age-related changes in the proportion of types I and III collagen. *Mechanisms Of Ageing And Development*, 45(3), 203-212.
- McClure, P W, Michener, L. A., Sennett, B. J., & Karduna, A. R. (2001). Direct 3-dimensional measurement of scapular kinematics during dynamic movements in vivo. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 10(3), 269-277.
- McClure, Philip W, Bialker, J., Neff, N., Williams, G., & Karduna, A. (2004). Shoulder function and 3-dimensional kinematics in people with shoulder impingement syndrome before and after a 6-week exercise program. *Physical Therapy*, 84(9), 832-848.
- McClure, Phillip W., Michener, L. A., & Karduna, A. R. (2006). Shoulder Function and 3-Dimensional Scapular Kinematics in People With and Without Shoulder Impingement Syndrome. *Physical Therapy*, 86(8), 1075-1090.
- Meislin, R. J., Sperling, J. W., & Stitik, T. P. (2005). Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *American Journal Of Orthopedics (Belle Mead, N.J.)*, 34(12 Suppl), 5-9.
- Meskers, C. G. M., van der Helm, F. C. T., & Rozing, P. M. (2002). The size of the supraspinatus outlet during elevation of the arm in the frontal and sagittal plane: a 3-D model study. *Clinical Biomechanics (Bristol, Avon)*, 17(4), 257-266.
- Michener, L. A., McClure, P. W., & Karduna, A. R. (2003). Anatomical and biomechanical mechanisms of subacromial impingement syndrome. *Clinical Biomechanics (Bristol, Avon)*, 18(5), 369-379.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.020193162&lang=fr&site=eds-live>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.i9781452257877&lang=fr&site=eds-live>
- Milgrom, C., Schaffler, M., Gilbert, S., & van Holsbeeck, M. (1995). Rotator-cuff changes in asymptomatic adults. The effect of age, hand dominance and gender. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 77(2), 296-298.
- Minns Lowe, C. J., Moser, J., & Barker, K. (2014). Living with a symptomatic rotator cuff tear 'bad days, bad nights': a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 228. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-228>
- Neer, C. S., 2nd. (1972). Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 54(1), 41-50.
- Neer, C. S., 2nd. (1983). Impingement lesions. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (173), 70-77.

- Neumann, D. A. (2010). *Kinesiology of the musculoskeletal system: foundations for rehabilitation*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.i9780323039895&lang=fr&site=eds-live>
- Nicholson, G. P., Goodman, D. A., Flatow, E. L., & Bigliani, L. U. (1996). Original article: The acromion: Morphologic condition and age-related changes. A study of 420 scapulas. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 5, 1-11.
- Nijs, J., Lluch Gírbés, E., Lundberg, M., Malfliet, A., & Sterling, M. (s. d.). Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories. *Manual Therapy*, 20(1), 216-220. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.004>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259.
- Nyman, P., Palenius, K., Panula, H., & Mälikä, P., PT, Esko. (2012). Patients' experiences of shoulder problems prior to and following intervention. *Physiotherapy Theory & Practice*, 28(3), 221-231. <https://doi.org/10.3109/09593985.2011.598220>
- O'Connell, P. W., Nuber, G. W., Mileski, R. A., & Lautenschlager, E. (1990). The contribution of the glenohumeral ligaments to anterior stability of the shoulder joint. *The American Journal Of Sports Medicine*, 18(6), 579-584.
- Ogawa, K., Yoshida, A., Inokuchi, W., & Naniwa, T. (2005). Acromial spur: relationship to aging and morphologic changes in the rotator cuff. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 14(6), 591-598.
- Ostör, A. J. K., Richards, C. A., Prevost, A. T., Speed, C. A., & Hazleman, B. L. (2005). Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. *Rheumatology (Oxford, England)*, 44(6), 800-805.
- Ovesen, J., & Nielsen, S. (1985). Stability of the shoulder joint. Cadaver study of stabilizing structures. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 56(2), 149-151.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.i9782200249045&lang=fr&site=eds-live>
- Palenius, K., & Nyman, P. (2015). Physiotherapists' perceptions of their work with shoulder patients: A focus group study in Finland. *European Journal of Physiotherapy*, 17(3), 132-137. <https://doi.org/10.3109/21679169.2015.1053095>
- Paletta, G. A., Jr, Warner, J. J., Warren, R. F., Deutsch, A., & Altchek, D. W. (1997). Shoulder kinematics with two-plane x-ray evaluation in patients with anterior instability or rotator cuff tearing. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 6(6), 516-527.
- Pauly, S., Klatte, F., Strobel, C., Schmidmaier, G., Greiner, S., Scheibel, M., & Wildemann, B. (2010). Characterization of tendon cell cultures of the human rotator cuff. *European Cells & Materials*, 20, 84-97.
- Perry, J. (1988). *Biomechanics of the shoulder*. Inrowe C (1 ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Petersson, C. J., & Redlund-Johnell, I. (1984). The subacromial space in normal shoulder radiographs. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 55(1), 57-58.

- Pineault, R., Borgès Da Silva, R., Provost, S., Fournier, M., Prud'homme, A., & Levesque, J.-F. (2017). Do Gender-Predominant Primary Health Care Organizations Have an Impact on Patient Experience of Care, Use of Services, and Unmet Needs? *Inquiry: A Journal Of Medical Care Organization, Provision And Financing*, 54, 46958017709688-46958017709688. <https://doi.org/10.1177/0046958017709688>
- Poppen, N. K., & Walker, P. S. (1978). Forces at the glenohumeral joint in abduction. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (135), 165-170.
- Poupart, D., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=she.020148972&lang=fr&site=eds-live>
- Pratt, N. E. (1994). Anatomy and biomechanics of the shoulder. *Journal Of Hand Therapy: Official Journal Of The American Society Of Hand Therapists*, 7(2), 65-76.
- Rathbun, J. B., & Macnab, I. (1970). The microvascular pattern of the rotator cuff. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 52(3), 540-553.
- Razmjou, H., Robarts, S., Kennedy, D., McKnight, C., Macleod, A. M., & Holtby, R. (2013). Evaluation of an advanced-practice physical therapist in a specialty shoulder clinic: diagnostic agreement and effect on wait times. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 65(1), 46-55. <https://doi.org/10.3138/ptc.2011-56>
- Refior, H. J., Krödel, A., & Melzer, C. (1987). Examinations of the pathology of the rotator cuff. *Archives Of Orthopaedic And Traumatic Surgery. Archiv Fur Orthopadische Und Unfall-Chirurgie*, 106(5), 301-308.
- Reme, S. E., Hagen, E. M., & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-139>
- Riley, G. P., Harrall, R. L., Constant, C. R., Chard, M. D., Cawston, T. E., & Hazleman, B. L. (1994a). Glycosaminoglycans of human rotator cuff tendons: changes with age and in chronic rotator cuff tendinitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 53(6), 367.
- Riley, G. P., Harrall, R. L., Constant, C. R., Chard, M. D., Cawston, T. E., & Hazleman, B. L. (1994b). Tendon degeneration and chronic shoulder pain: changes in the collagen composition of the human rotator cuff tendons in rotator cuff tendinitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 53(6), 359.
- Robarts, S., Stratford, P., Kennedy, D., Malcolm, B., & Finkelstein, J. (2017). Evaluation of an advanced-practice physiotherapist in triaging patients with lumbar spine pain: surgeon-physiotherapist level of agreement and patient satisfaction. *Canadian Journal Of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie*, 60(4), 266-272.
- Rockwood, C. A. (2009). *The shoulder*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04883a&AN=sher.i9789996061370&lang=fr&site=eds-live>
- Rockwood, C., & Green, D. (2006). *Fractures in Adults*, 6th ed. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.
- Rosse, C., Gaddum-Rosse, P., & Hollinshead, W. (1997). *Hollinshead's Textbook of anatomy*, 5th ed. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Rouzier, P., & DeGeorge, B. R. (2017). Rotator cuff impingement. Dans *Dynamed*. Consulté à l'adresse <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.usherbrooke.ca/dynamed>

- /detail?vid=2&sid=3c29d4d3-fb73-4411-95ea-5cc6666be7e5%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZHluYW1lZC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=114840&db=dme
- Roy, A., Breton, M., & Loslier, J. (s. d.). *La prise en charge d'une clientèle. Attirer les nouveaux médecins de famille.*
- Royer, P. J., Kane, E. J., Parks, K. E., Morrow, J. C., Moravec, R. R., Christie, D. S., & Teyhen, D. S. (2009). Rotator Cuff: Fluoroscopic assessment of rotator cuff fatigue on glenohumeral arthrokinematics in shoulder impingement syndrome. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 18, 968-975.
- Rudzki, J. R., Adler, R. S., Warren, R. F., Kadrmas, W. R., Verma, N., Pearle, A. D., ... Fealy, S. (2008). Original article: Contrast-enhanced ultrasound characterization of the vascularity of the rotator cuff tendon: Age- and activity-related changes in the intact asymptomatic rotator cuff. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 17(Supplement), S96-S100.
- Rundquist, P. J., Anderson, D. D., Guanche, C. A., & Ludewig, P. M. (2003). Shoulder kinematics in subjects with frozen shoulder. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 84(10), 1473-1479.
- Sarkar, K., & Uthoff, H. K. (1983). Ultrastructure of the subacromial bursa in painful shoulder syndromes. *Virchows Archiv. A, Pathological Anatomy And Histopathology*, 400(2), 107-117.
- Scott, A., Backman, L. J., & Speed, C. (2015). Tendinopathy: Update on Pathophysiology. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45(11), 833-841. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5884>
- Seitz AL, McClure PW, Finucane S, Boardman ND, & Michener LA. (2011). Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both? *Clinical Biomechanics*, 26(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2010.08.001>
- Sher, J. S., Uribe, J. W., Posada, A., Murphy, B. J., & Zlatkin, M. B. (1995). Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 77(1), 10-15.
- Smith, R. L., & Brunolli, J. (1989). Shoulder kinesthesia after anterior glenohumeral joint dislocation. *Physical Therapy*, 69(2), 106-112.
- Soslowsky, L. J., Flatow, E. L., Bigliani, L. U., Pawluk, R. J., Ateshian, G. A., & Mow, V. C. (1992). Quantitation of in situ contact areas at the glenohumeral joint: a biomechanical study. *Journal Of Orthopaedic Research: Official Publication Of The Orthopaedic Research Society*, 10(4), 524-534.
- Soslowsky, L., Thomopoulos, S., Esmail, A., Flanagan, C., Iannotti, J., Williamson, J., & Carpenter, J. (2002). Rotator Cuff Tendinosis in an Animal Model: Role of Extrinsic and Overuse Factors. *Annals of Biomedical Engineering*, 30(8), 1057.
- Steindler, A. (1955). *Kinesiology of the human body*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Stock, S., Nicolakakis, N., Messing, K., Turcot, A., & Raiq, H. (2013). Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail et les facteurs psychosociaux ? *Perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé [En ligne]*, 15(2). <https://doi.org/10.4000/pistes.3407>
- Symeonides, P. P. (1972). The significance of the subscapularis muscle in the pathogenesis of recurrent anterior dislocation of the shoulder. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 54(3), 476-483.

- TAKAHASHI, S., NAKAJIMA, M., KOBAYASHI, M., WAKABAYASHI, I., MIYAKOSHI, N., MINAGAWA, Hirosh., & ITOI, E. (2002). Effect of Recombinant Basic Fibroblast Growth Factor (bFGF) on Fibroblast-Like Cells from Human Rotator Cuff Tendon. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 198(4), 207-214. <https://doi.org/10.1620/tjem.198.207>
- Tekavec, E., Jöud, A., Rittner, R., Mikoczy, Z., Nordander, C., Petersson, I. F., & Englund, M. (2012). Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 238-238. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-238>
- Tempelhof, S., Rupp, S., & Seil, R. (1999). Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 8(4), 296-299.
- Toivonen, D. A., Tuite, M. J., & Orwin, J. F. (1995). Acromial structure and tears of the rotator cuff. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 4(5), 376-383.
- Tomonaga, A., Hamada, K., Gotoh, M., Yamakawa, H., Kobayashi, K., & Fukuda, H. (2000). Expression of procollagen alpha 1 type III mRNA in rotator cuff tears. *The Tokai Journal Of Experimental And Clinical Medicine*, 25(3), 125-134.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., & Upshur, R. E. G. (2003). Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 6-6.
- Turkel, S. J., Panio, M. W., Marshall, J. L., & Girgis, F. G. (1981). Stabilizing mechanisms preventing anterior dislocation of the glenohumeral joint. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 63(8), 1208-1217.
- Umer, M., Qadir, I., & Azam, M. (2012). Subacromial impingement syndrome. *Orthopedic Reviews*, 4(2), 79-82.
- URIST, M. R. (1963). COMPLETE DISLOCATION OF THE ACROMIOCLAVICULAR JOINT. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 45, 1750-1753.
- van der Helm, F. C., & Pronk, G. M. (1995). Three-dimensional recording and description of motions of the shoulder mechanism. *Journal Of Biomechanical Engineering*, 117(1), 27-40.
- Vaz, S., Soyer, J., Pries, P., & Clarac, J. P. (2000). Subacromial impingement: influence of coracoacromial arch geometry on shoulder function. *Joint, Bone, Spine: Revue Du Rhumatisme*, 67(4), 305-309.
- Vos, T., Gold, A., Marczak, L., & J L Murray, C. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Walker, P. S., & Poppen, N. K. (1977). Biomechanics of the shoulder joint during abduction in the plane of the scapula [proceedings]. *Bulletin Of The Hospital For Joint Diseases*, 38(2), 107-111.
- Warner, J. J., Deng, X. H., Warren, R. F., & Torzilli, P. A. (1992). Static capsuloligamentous restraints to superior-inferior translation of the glenohumeral joint. *The American Journal Of Sports Medicine*, 20(6), 675-685.
- Warner, J. J., Micheli, L. J., Arslanian, L. E., Kennedy, J., & Kennedy, R. (1992). Scapulothoracic motion in normal shoulders and shoulders with glenohumeral instability and impingement syndrome. A study using Moiré topographic analysis. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (285), 191-199.

- Williams, G. R., Jr, Shakil, M., Klimkiewicz, J., & Iannotti, J. P. (1999). Anatomy of the scapulothoracic articulation. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, (359), 237-246.
- Williams, I. F., McCullagh, K. G., & Silver, I. A. (1984). The distribution of types I and III collagen and fibronectin in the healing equine tendon. *Connective Tissue Research*, 12(3-4), 211-227.
- Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G., & Creen, M. (2007). Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disability And Rehabilitation*, 29(8), 607-624.
- Yokota, A., Gimbel, J. A., Williams, G. R., & Soslowsky, L. J. (2005). Supraspinatus tendon composition remains altered long after tendon detachment. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 14(1), S72-S78. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.09.021>
- Zuckerman, J. D., Kummer, F. J., Cuomo, F., Simon, J., Rosenblum, S., & Katz, N. (1992). The influence of coracoacromial arch anatomy on rotator cuff tears. *Journal Of Shoulder And Elbow Surgery*, 1(1), 4-14. [https://doi.org/10.1016/S1058-2746\(09\)80010-4](https://doi.org/10.1016/S1058-2746(09)80010-4)



## ANNEXE 1

### Lettre d'approbation du Comité éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS



Sherbrooke, le 18 avril 2018

Pr Frédéric Balg  
FMSS Département de chirurgie  
Université de Sherbrooke

**Objet : Approbation finale du projet de recherche par le  
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

**Projet #2018-2763 - TCR Estrie**

Identifier et comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des patients avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des intervenants de première ligne, des orthopédistes et des patients.

Bonjour Pr Balg,

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a pris connaissance en comité restreint de vos réponses et des documents suivants déposés via la plate-forme Nagano à la suite de l'approbation conditionnelle du projet cité en rubrique.

**Formulaire 20-20002** déposé le **12 avril 2018** incluant :

- FIC TCR Estrie FINAL 2018-04-12.doc

Documents joints via discussion :

- autorisation DSP.pdf

Comme les réponses soumises et les modifications apportées à ces documents ont été jugées satisfaisantes, il nous fait plaisir de vous informer que votre projet a été **approuvé au plan éthique** par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS le **18 avril 2018** et ce, pour une période de 12 mois, soit jusqu'au **18 avril 2019**.

Liste des documents approuvés:

- Protocole de recherche daté du 22 mars 2018
- FIC Principal FR final 2018-04-12

**Notes importantes:**

Seule la version finale du formulaire de consentement portant le sceau du CÉR devra être utilisée pour signature par les participants à la recherche (voir Nagano, onglet "Fichiers").

Vous devez attendre l'autorisation du Directeur administratif de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS avant de débiter la recherche.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

De plus, le CÉR confirme que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

En acceptant la présente lettre d'approbation finale du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, vous vous engagez à soumettre au Comité:

- Toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Seuls les incidents thérapeutiques graves ou les réactions indésirables graves (ITG/RIG) qui sont à la fois inattendus, possiblement reliés au produit de l'étude ET survenus chez un participant rattaché dans votre site **dans un délai de 15 jours de calendrier** suivant la prise de connaissance par l'équipe de recherche. Les événements ayant entraîné la mort d'un participant doivent être rapportés **dans un délai de 7 jours de calendrier**; (réf.: formulaire #F3 dans Nagano, ancien CRC-RC6)
- Tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
- Toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- La cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- Tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
- Toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- Toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

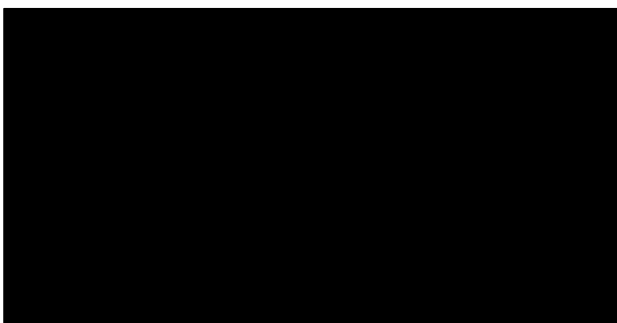
---

**Attestation du CÉR (REBA) :**

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, je certifie que:

1. La composition de ce Comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
  2. Le Comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
  3. Ce Comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
  4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)
- 

Je vous prie d'accepter, Pr Balg, mes meilleures salutations.



## ANNEXE 2

### Formulaire de consentement



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

<b>Titre du projet:</b>	Identifier et comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des patients avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des intervenants de première ligne, des orthopédistes et des patients.
<b>Numéro du projet :</b>	2018-2763
<b>Chercheur principal:</b>	Dr Frédéric Balg, département de chirurgie orthopédique, CHUS
<b>Chercheuses associées:</b>	Dre Nathaly Gaudreault, Professeure agrégée Université de Sherbrooke Dre Christine Loignon, Professeure agrégée Université de Sherbrooke



Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche soit parce que vous avez déjà été traité pour une tendinopathie à l'épaule soit, vous êtes un intervenant oeuvrant auprès des usagers ayant ce type de pathologie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.



Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE**

La douleur à l'épaule est une problématique très répandue dans la population. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs (muscles stabilisateurs de l'épaule) est considérée comme la cause principale de cette douleur. C'est une condition complexe qui peut être difficile à traiter. Il est donc important de bien comprendre cette pathologie. En récoltant l'expérience des différents intervenants ainsi que des personnes souffrant de cette problématique, nous espérons établir l'état actuel des perceptions et de la compréhension des différents acteurs en ce qui concerne la tendinopathie de l'épaule. De 16 à 20 usagers ayant eu une tendinopathie de l'épaule seront recrutés dans la région de Sherbrooke afin de réaliser deux groupes de discussion. Entre 24 à 30 intervenants de première et deuxième ligne seront également recrutés. Le recrutement des intervenants se fera dans trois régions distinctes du CIUSSS de l'Estrie (Sherbrooke, Granby et Coaticook) afin de réaliser trois autres groupes de discussion. Un groupe de discussion est une activité de recherche dirigée par un modérateur durant laquelle des acteurs-clés sont réunis pour partager leur point de vue sur une problématique ciblée.

### **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Si vous acceptez de participer au projet, vous devrez vous présenter pour une rencontre d'une durée d'environ 120 minutes à l'endroit qui vous sera communiqué pour participer au groupe de discussion. Cette rencontre sera enregistrée par un appareil audio et les évaluateurs prendront des notes réflexives afin de bien cerner le point de vue de l'interlocuteur. Il ne sera pas demandé de vous identifier lors de la prise de parole.

**Groupe Usagers :** Lors des groupes de discussion (8 à 10 personnes/groupe), les usagers seront invités à donner leur point de vue sur les différents sujets abordés. Seulement des personnes ayant déjà eu une tendinopathie de la coiffe des rotateurs seront incluses dans le groupe et l'anonymat sera conservé tout au long de ce processus.

**Groupe intervenants :** Les groupes intervenants seront composés de médecins de famille, de physiothérapeutes et d'orthopédistes (8 à 10 personnes/groupe). Dans ces rencontres, des thèmes et des sujets en lien avec la prise en charge des personnes avec tendinopathie de l'épaule seront abordés. Le point de vue de chacun sera récolté de façon anonyme.

Un questionnaire sociodémographique sera à compléter lors de votre participation au groupe de discussion.

Aucune information récoltée dans le cadre de ce projet de recherche n'apparaîtra dans votre dossier médical.

#### **COLLABORATION DU PARTICIPANT**

La collaboration du participant ne demande aucune contrainte particulière. Nous vous demandons de vous présenter au groupe de discussion à l'heure convenue et d'interagir avec les autres participants à propos des sujets abordés tout au long de la discussion. Nous vous demandons aussi de respecter les tours de parole ainsi que la confidentialité des propos abordés par les autres participants.

#### **RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Il n'y a pas de risques à participer à ce projet.

#### **INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Lors de la participation au groupe de discussion, certains sujets pourraient être plus sensibles pour vous et occasionner des sentiments mitigés. Vous pourriez aussi ressentir de la fatigue causée par la durée et l'implication dans la discussion ainsi que de la gêne face aux autres participants.

#### **AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la recherche auprès des services de première ligne et des usagers concernant les tendinopathies à l'épaule et ainsi améliorer la prise en charge de type de pathologie.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le médecin responsable de ce projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche, l'organisme subventionnaire ou le commanditaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.



Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **CONFIDENTIALITÉ**

### *Cueillette – Fins pour lesquelles des renseignements personnels sont demandés*

Pour les usagers seulement : Durant votre participation à ce projet de recherche, le médecin responsable de ce projet ainsi que son personnel recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

### *Cueillette – Quels renseignements personnels sont demandés*

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier médical (*pour les usagers seulement*) concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie, ainsi que les résultats de tous les tests, examens et procédures qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Les enregistrements audios et les notes réflexives seront acheminés à l'équipe de recherche en orthopédie.

### *Conservation des renseignements/données – Protection*

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le médecin responsable de ce projet de recherche.

### *Durée de conservation*

Ces données de recherche seront conservées pendant 10 ans par le médecin responsable de ce projet de recherche, puis seront détruits.

### *Diffusion des résultats*

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il ne sera pas possible de vous identifier.

### *Droit d'accès pour des fins de contrôle et sécurité*

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par des organismes réglementaires, au Canada ou à l'étranger, tel que Santé Canada, ainsi que par des représentants du commanditaire, de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin.

### **COMPENSATION**

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 20 \$ à la fin du groupe de discussion. Si vous vous retirez du projet (ou s'il est mis fin à votre participation) avant qu'il ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

### **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le médecin responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Le chercheur a reçu des fonds de l'organisme subventionnaire FREOS (Fond de recherche et enseignement en orthopédie de Sherbrooke) pour mener à bien ce projet de recherche.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le médecin responsable ou avec une personne de l'équipe de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS au numéro suivant : 1-866-917-7903.

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé le projet et en assurera le suivi.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Identifier et comprendre les éléments qui affectent la prise en charge optimale des patients avec tendinopathie de l'épaule dans le CIUSSS de l'Estrie selon la perspective des intervenants de première ligne, des orthopédistes et des patients.

### CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Pour les usagers seulement : J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

☐ OUI      ☐ NON

Pour les usagers seulement : J'accepte d'être contacté pour d'autres projets de recherche en orthopédie.

☐ OUI      ☐ NON

Nom du participant  
(lettres moulées)

Signature du participant

Date

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui  
obtient le consentement  
(lettres moulées)

Signature

Date

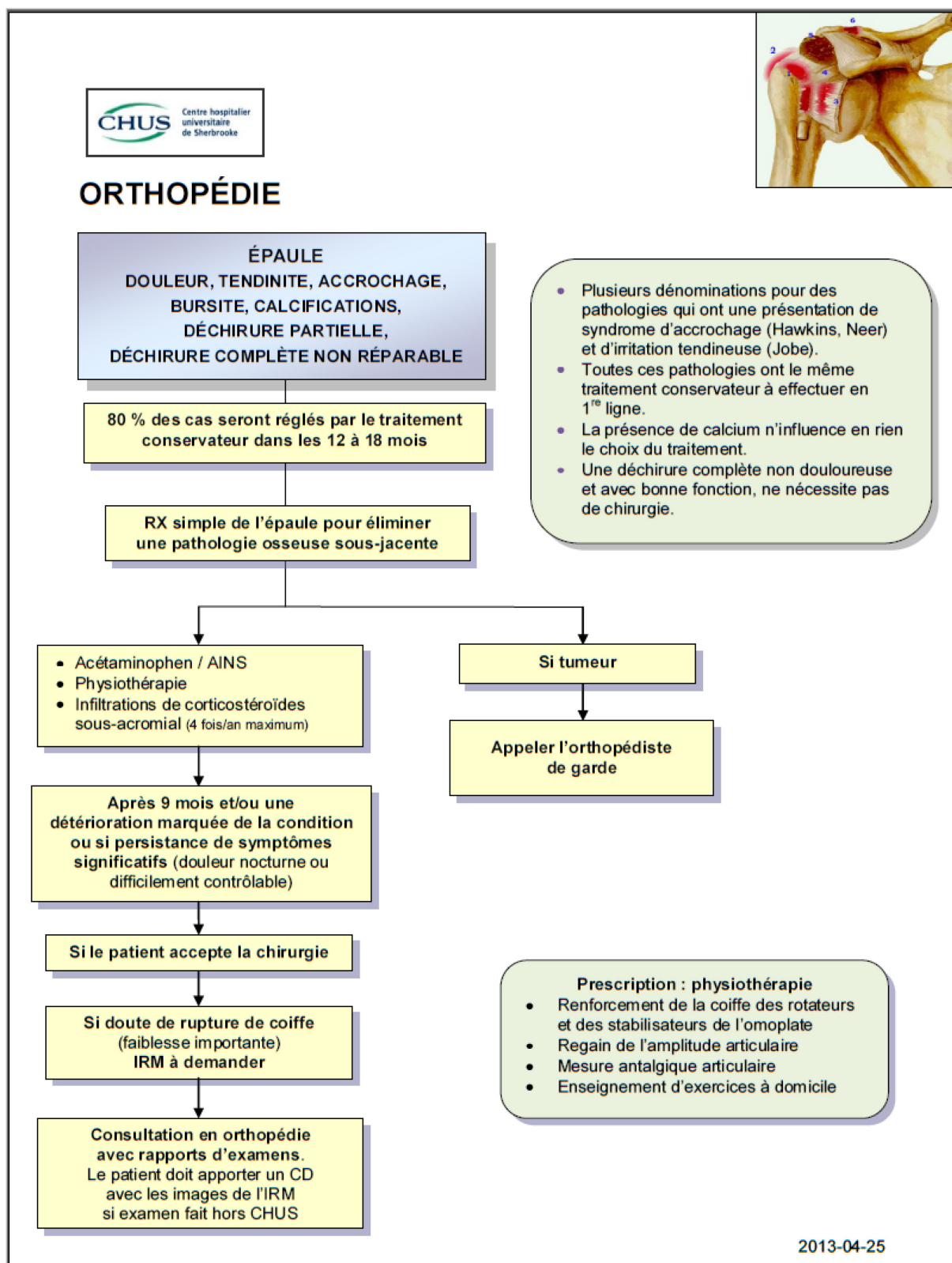
### CALENDRIER DES VISITES ET INTERVENTIONS

Visites	Visite de groupe de discussion
Tests/interventions	
Durée des visites (en heures)	2
Consentement écrit	X
Entretien semi-dirigé	X



## ANNEXE 3

### Algorithme de prise en charge pour les TCR



## ANNEXE 4

### Questionnaire pour les participants présents lors du groupe de discussion de type « usagers »

Ce questionnaire a pour but de nous donner une légère description des participants présents lors du groupe de discussion. Il est composé de quelques questions servant à décrire la prise en charge que vous avez reçue dans le processus de soins des tendinopathies à l'épaule. Ce questionnaire est anonyme et les données seront compilées à des fins statistiques seulement.

#### **Bloc 1 : Questions liées au traitement de la tendinopathie à l'épaule**

##### **Question 1 : Quand avez-vous consulté un médecin de famille pour votre problème de tendinopathie à l'épaule ?**

- 1) Il y a 1 an et moins
- 2) Il y a plus de 1 an
- 3) Je n'ai pas consulté de médecin de famille

##### **Question 2 : Est-ce que votre problème de tendinopathie à l'épaule est encore présent à ce jour ?**

- 1) Oui
- 2) Non

##### **Question 3 : Quels traitements avez-vous reçus suite à votre première visite avec le médecin de famille ? (Encerclez tous les traitements que vous avez reçus)**

- 1) Prise d'acétaminophène / anti-inflammatoire
- 2) Infiltration de corticostéroïde
- 3) Traitement en physiothérapie
- 4) Référence en orthopédie
- 5) Chirurgie
- 6) Aucun traitement
- 7) Je ne sais pas
- 8) Autres

I. Décrivez le traitement que vous avez reçu : \_\_\_\_\_

---



---



---

##### **Question 4 : Quel était le délai d'attente avant de consulter le physiothérapeute ?**

- 1) Moins de 1 mois
- 2) De 1 à 2 mois
- 3) De 2 à 6 mois
- 4) Plus de 6 mois
- 5) Ne s'applique pas

**Question 5 : Quel était le délai d'attente avant de consulter le chirurgien orthopédiste ?**

- 1) Moins de 3 mois
- 2) De 3 à 6 mois
- 3) De 6 à 12 mois
- 4) Plus de 12 mois
- 5) Ne s'applique pas

**Bloc 2 : Questions reliées à l'organisme payeur**

**Question 1 : Est-ce que vous êtes couvert par un organisme payeur (SAAQ, CNESST, assurance privée ou autres) pour le coût des traitements ?**

- 1) Oui
- 2) Non

**Question 2 : Si vous avez répondu oui à la question précédente, quel est l'organisme payeur ?**

- 1) SAAQ
- 2) CNESST
- 3) Assurance privée
- 4) Autre

I. Précisez :

---



---



---

**Commentaires :**

---



---



---



---



---



---



---

## ANNEXE 5

### Questionnaire pour les participants présents lors du groupe de discussion de type « professionnels »

Ce questionnaire a pour but de nous donner une légère description des participants présents lors du groupe de discussion. Il est composé de quelques questions en lien avec votre profession. Ce questionnaire est anonyme et les données seront compilées à des fins statistiques seulement.

#### **Question 1 : Quelle est votre profession ?**

- 1) Médecin de famille
- 2) Physiothérapeute
- 3) Orthopédiste
- 4) Autre

I. Précisez :

---



---

#### **Question 2 : Depuis combien d'années pratiquez-vous cette profession ?**

---



---

#### **Question 3 : Depuis combien d'années traitez-vous des patients avec une tendinopathie à l'épaule ?**

---



---

#### **Question 4 : Dans quel milieu de pratique travaillez-vous ? (Encerclez toutes les réponses qui vous concernent)**

- 1) En milieu hospitalier
- 2) En CLSC
- 3) En cabinet
- 4) En clinique privée
- 5) Autre

I. Précisez :

---



---

#### **Question 5 : Est-ce que vous connaissez l'algorithme de prise en charge des problèmes de tendinopathie à l'épaule développé par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS ?**

- 1) Oui
- 2) Non

#### **Question 6 : Est-ce que vous utilisez l'algorithme de prise en charge des problèmes de tendinopathie à l'épaule ?**

1) Oui

2) Non

**Question 7 :** Si vous avez utilisé l'algorithme de prise en charge des problèmes de tendinopathie à l'épaule, est-ce qu'il vous a été utile dans le traitement de cette problématique ?

1) Oui

2) Non

**Commentaires :**

---

---

---

---

---

---

## ANNEXE 6

### Guide d'entrevue « usagers »

Les entrevues réalisées lors des groupes de discussion seront semi-dirigées et il est possible que des questions se rajoutent, soient enlevées ou soient approfondies selon la discussion. Les thèmes suivants seront abordés dans le groupe de discussion de type « usager » :

**Intégration des participants :** *Avant de se lancer dans la discussion sur les thèmes qui seront analysés, une intégration des participants afin de solliciter le dialogue de chacun et de favoriser la communication sera faite. Donc, des questions générales seront posées aux participants. À tour de rôle, pouvez-vous me dire de quelle région vous venez ? Depuis combien de temps avez-vous votre problème de tendinopathie de l'épaule ? Comment est-ce que cela est arrivé ? Quel est le processus de traitement que vous avez suivi pour traiter votre blessure ?*

*Une fois que tous les participants ont pris la parole, les thèmes pertinents seront abordés :*

**Thème 1 : La prise en charge :** *Avant d'identifier et de comprendre les éléments affectant la prise en charge selon les usagers, il serait important d'obtenir leur point de vue sur la prise en charge. Selon vous, qu'est-ce que la prise en charge (le but, la prise en charge optimale que l'on peut recevoir et l'évolution de la perception de la prise en charge durant le traitement) ?*

**Thème 2 : Facteurs liés à la clientèle :** *Pour identifier et comprendre les éléments affectant la prise en charge selon les usagers, il est pertinent de commencer par les facteurs qui leur sont directement associés.*

**Thème 2.1 : La pathologie.** *Qu'est-ce que la tendinopathie à l'épaule, selon vous (changement de perception suite aux traitements) ? Qu'est-ce que cette problématique vous a fait vivre comme expérience (préparer à cette problématique, impact dans la vie [famille, loisirs, profession, etc.] et impact sur la prise en charge) ?*

**Thème 2.2 : Les caractéristiques de l'usager.** *Quelles sont, selon vous, les caractéristiques des usagers qui peuvent influencer la prise en charge (caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, état de l'usager lors de la consultation, etc.) ?*

**Thème 2.3 : La vie professionnelle.** *Selon vous, est-ce que la vie professionnelle (le travail) d'un usager peut affecter la prise en charge (travail temps plein/temps partiel, absence au travail, la meilleure façon de jumeler travail et traitement de la pathologie) ?*

**Thème 2.4 : Les croyances des usagers.** *Quelles sont vos croyances face à la tendinopathie à l'épaule (évolution des croyances suite aux traitements, différence entre la réalité et les croyances, influence sur la prise en charge) ?*

**Thème 2.5 : Les expériences personnelles et la relation avec le soignant.** *Quelle a été l'influence de vos expériences antérieures face à cette problématique ? Quelle a*

*été votre implication dans le traitement de votre blessure (la relation avec les soignants et les éléments qui ont facilité votre implication ou non dans le traitement) ?*

**Thème 2.6 : L'efficacité de l'intervention.** *Comment avez-vous trouvé l'intervention des soignants (le traitement qui vous a été offert, les effets sur la problématique, votre satisfaction et votre intention de continuer le traitement) ?*

**Thème 3 : Question ajouté suite au premier groupe de discussion :** *Suite au premier groupe de discussion usagée, une question concernant la structure du système de soins de santé en Estrie a été ajoutée, car elle n'était pas présente dans notre guide d'entrevue initial et il s'agit d'un facteur important qui est ressorti. Donc, nous devons valider si ce facteur était aussi présent lors de notre deuxième groupe de discussion.*

*Pouvez-vous m'expliquer votre parcours dans le système de soins de santé? Comment est-ce que vous avez trouvé votre parcours dans le système de soins de santé? Est-ce que le système de soins de santé est adéquat pour prendre en charge les usagers?*

**Thème 4 : Facteurs spécifiques de la population à l'étude :** *Les facteurs liés à la clientèle énumérés précédemment sont des facteurs généraux qui sont ressortis de la documentation scientifique. Par contre, il y a peut-être d'autres thèmes plus spécifiques à notre population qui mériteraient d'être mentionnés. Il incombe donc de laisser du temps aux participants pour faire ressortir, selon eux, des thèmes pertinents.*

*Plusieurs thèmes ont été abordés précédemment, mais est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir d'autres thèmes qui ont une influence sur la prise en charge, lesquels ?*

**Conclusion :** *Une fois l'ensemble des éléments précédents discutés, l'animateur va faire un résumé de la discussion pour s'assurer qu'aucun thème n'a pas été oublié. Une fois que cela est fait, il va remercier les participants et ces derniers vont pouvoir quitter.*

## ANNEXE 7

### Guide d'entrevue « professionnels »

**Intégration des intervenants :** Suivant la même logique que le guide d'entrevue pour les usagers, des questions favorisant le dialogue de tous les participants du groupe intervenant seront abordées pour commencer et briser la glace. À tour de rôle, pouvez-vous me dire dans quel type de milieu vous travaillez ? Depuis combien de temps travaillez-vous avec des usagers ayant des problèmes de tendinopathie de l'épaule ? Est-ce que les problèmes de tendinopathie de l'épaule représentent une grande partie des usagers que vous soignez ?

Une fois que tous les participants ont pris la parole, les thèmes qui sont pertinents seront abordés :

**Thème 1 : La prise en charge et la tendinopathie à l'épaule :** Avant d'identifier et de comprendre les éléments affectant la prise en charge de la tendinopathie à l'épaule selon les intervenants, il serait important d'obtenir leur point de vue sur la prise en charge et la tendinopathie à l'épaule. Selon vous, qu'est-ce que la prise en charge (une prise en charge optimale) ? Selon vous, qu'est-ce que la tendinopathie à l'épaule ?

**Thème 2 : Facteurs liés aux intervenants :** Pour identifier et comprendre les éléments affectant la prise en charge selon les intervenants, il est pertinent de commencer par les facteurs qui leur sont directement associés.

**Thème 2.1 : les caractéristiques personnelles.** Quelles sont les caractéristiques de l'intervenant qui vont avoir une influence sur la prise en charge selon vous (le sexe, l'âge, la spécialisation, la formation, etc.) ?

**Thème 2.2 : La relation avec l'utilisateur.** De quelle façon la relation avec l'utilisateur affecte la prise en charge que vous devez effectuer (affecte le traitement) ? Quelle est la relation idéale, selon vous, à avoir avec l'utilisateur (implication de l'utilisateur dans le traitement) ?

**Thème 3 : Facteurs organisationnels :** Dans la documentation scientifique, un facteur classé comme un facteur organisationnel a été associé aux intervenants et influence par le fait même la prise en charge de ces derniers.

**Thème 3.1 : Le milieu de pratique.** Quelles sont les influences du milieu dans lequel vous pratiquez sur la prise en charge que vous effectuez (sur le choix du traitement, influence de l'organisation, particularités du milieu, la relation avec les différents intervenants, etc.) ?

**Thème 4 : Facteurs contextuels :** Dans une optique plus large, certains facteurs contextuels vont aussi avoir un impact sur la prise en charge de l'utilisateur. Ces facteurs concernent seulement les intervenants.

**Thème 4.1 : L'environnement de travail.** Comment l'environnement dans lequel vous êtes (milieu urbain, semi-urbain, rural, etc.) influence votre milieu de pratique ou votre prise en charge (impacts concrets) ?



**Thème 4.2 : La charge de travail.** *Quelle est votre charge de travail (les tâches que vous devez faire, le nombre d'usagers suivis est adéquat pour la prise en charge, etc.) ?*

**Thème 4.3 : Le coût du service.** *Concrètement, constatez-vous une différence d'implication dans le traitement entre les usagers qui payent pour un service et les usagers qui ont une assurance ou qui consultent dans le réseau public ?*

**Thème 5 : Question ajouté suite au premier groupe de discussion :** *Suite au premier groupe de discussion usagé et professionnel, une question concernant la structure du système de soins de santé en Estrie a été ajoutée, car elle n'était pas présente dans notre guide d'entrevue initial et il s'agit d'un facteur important qui est ressorti. Donc, nous devons valider si ce facteur était aussi présent chez l'ensemble des professionnels.*

*Selon vous, est-ce que le système de soins de santé prend bien en charge les usagers consultant pour une tendinopathie de l'épaule? Est-ce qu'il est efficace? Quels sont les points forts ou les points faibles du système de soins de santé?*

**Thème 6 : Facteurs spécifiques de la population à l'étude.** *Un temps sera laissé aux intervenants pour explorer d'autres facteurs qui pourraient influencer la prise en charge selon eux et qui n'ont pas été énumérés.*

*Est-ce qu'il y a d'autres thèmes qui, selon vous, pourraient influencer la prise en charge des usagers ? Considérez-vous que vous avez tous les outils nécessaires pour traiter les usagers avec des tendinopathies de l'épaule ?*

**Conclusion :** *Une fois que tous les thèmes ont été abordés, l'animateur va faire un résumé de la discussion. Par la suite, il va remercier les participants et les inviter à quitter.*